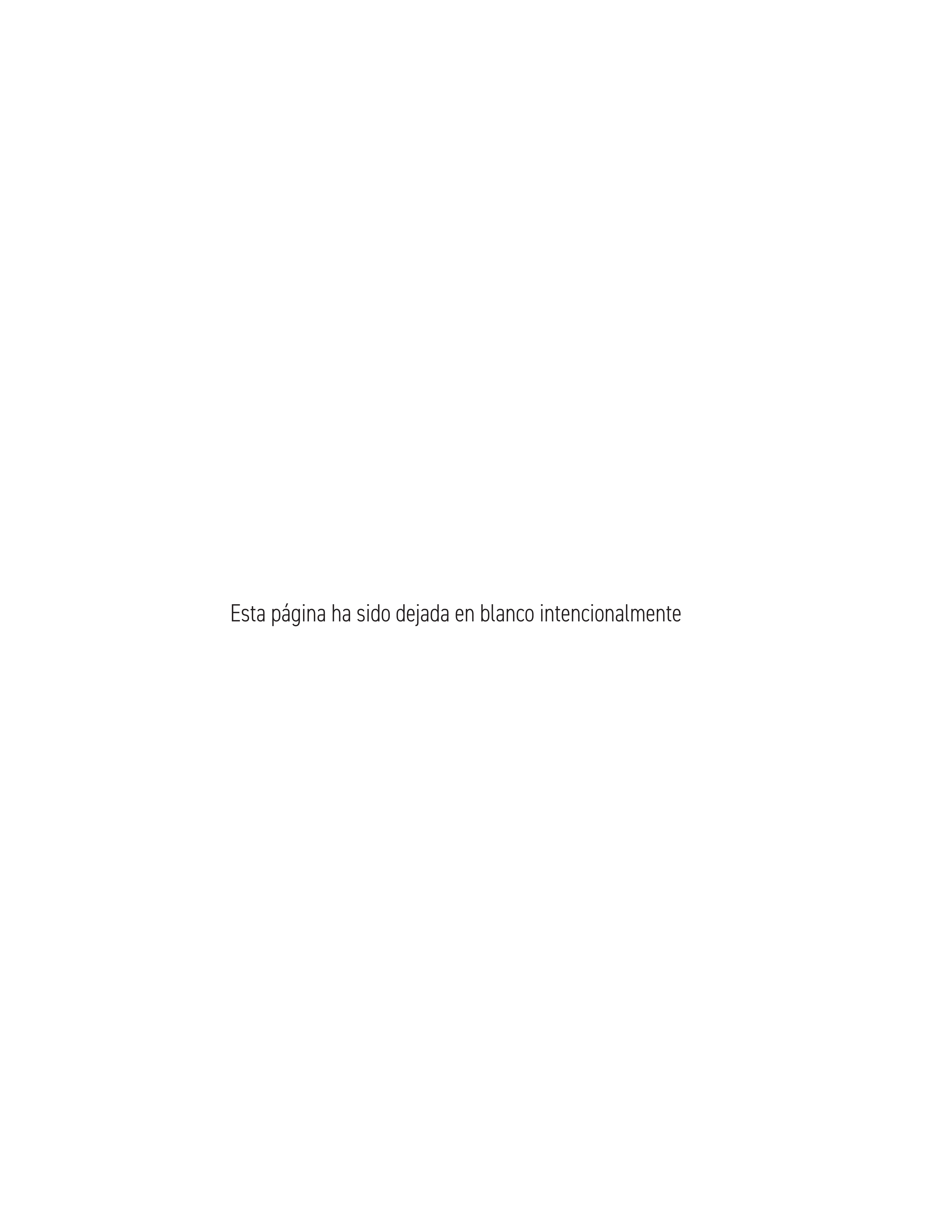
LA CRISIS DE LOS OPIOIDES EN LA POBLACION HISPANA/LATINA: UN ASUNTO URGENTE





SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
www.samhsa.gov


Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente

LA CRISIS DE LOS OPIOIDES EN LA POBLACION HISPANA/LATINA: UN ASUNTO URGENTE

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental
Oficina de Equidad en la Salud Conductual

Tabla de contenidos

Reconocimientos

La crisis de los opioides en la población Hispana/Latina: un asunto urgente ha sido preparado para la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés) por la Oficina de Equidad en la Salud Conductual de SAMHSA. Victoria Chau, M.P.H., Ph.D., se desempeñó como autora principal.

Descargo de responsabilidad

Esta traducción está respaldada por el acuerdo cooperativo 1H79TI081174 de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés), Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS por sus siglas en inglés). Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan las políticas oficiales de HHS, SAMHSA, el Centro Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción (NHL ATTC) o de National Latino Behavioral Health Association (NLBHA); la mención de nombres comerciales, prácticas comerciales u organizaciones específicas tampoco implica el respaldo del Gobierno de los Estados Unidos, NHL ATTC o de NLBHA.

Aviso de dominio público

Acceso electrónico y copias de la publicación

Esta publicación se puede ordenar o descargar en www.store.samhsa.gov o llamando a SAMHSA al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727).

Citación recomendada

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental: La crisis de los opioides en la población Hispana/Latina: un asunto urgente. Publication No. PEP20-05-02-003. Oficina de Equidad en la Salud Conductual. Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 2020.

Oficina de origen

Oficina de Equidad en la Salud Conductual, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Publicación Número PEP20-05-02-002. Publicado en 2020.

Aviso de no discriminación

SAMHSA cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicación Número PEP20-05-02-003

Publicado en 2020

Reconocimientos adicionales

Esta publicación se elaboró con la importante contribución de expertos nacionales y comunitarios y personal federal. También nos gustaría reconocer a las comunidades de todo el país que están realizando un trabajo crítico a nivel local para hacer frente a la crisis de los opioides en las comunidades Hispanas/ Latinas. Queremos agradecer al Centro Nacional de Transferencia de Tecnología en Adicciones para Hispanos y Latinos, a la Asociación Nacional Latino de Salud Mental y a Roxana Hernandez, MPH por la traducción en español de esta publicación.

Amistades, Inc. *Tucson, AZ*

El Centro Family Health *Espanola, NM*

Florida Institute for Community Studies, Inc. *Tampa, FL*

Luminosity Behavioral Health Services *Boston, MA*

Project Hospitality *Staten Island, NY*

Magarita Alegria, PhD *Harvard Medical School, Disparities Research Unit/Massachusetts General Hospital*

José Azocar, MD, DSc *Hartford HealthCare Hartford Hospital*

Juliet Bui, MPA, MSW *U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health*

Linda M. Callejas, PhD *University of South Florida, College of Behavioral and Community Sciences*

Ibis S. Carrion, PsyD *National Hispanic and Latino Mental Health Technology Transfer Center & Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, Institute of Research, Education, and Services in Addiction (IRESA) Universidad Central del Caribe, Puerto Rico*

Richard Cervantes, PhD *Behavioral Assessment, Inc.*

Rocio Chang, PsyD *University of Connecticut Health Center*

Michael Chaple, PhD *Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center*

Sonsiere Cobb-Souza, MHA *U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health*

Miguel A. Cruz-Feliciano, PhD, *MS National Hispanic and Latino Mental Health Technology Transfer Center, Institute of Research, Education, and Services in Addiction (IRESA) Universidad Central del Caribe, Puerto Rico*

Ricardo Cruz, MD, MPH *Boston University School of Medicine/Boston Medical Center Project RECOVER (Empowered Communities for a Healthier Nation Initiative)*

Irene Falgas-Bagué, MD, *PhD Harvard Medical School, Disparities Research Unit/Massachusetts General Hospital*

Daniel B. Gallardo, MPH *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory*

Helena B. Hansen, MD, PhD *New York University School of Medicine*

Maxine Henry, MSW, MBA *National Latino Behavioral Health Association*

Eric Lozada LADC, CARC *Boston Medical Center Project RECOVER (Empowered Communities for a Healthier Nation Initiative)*

Pierluigi Mancini, PhD*, MAC National Latino Behavioral Health Association/ National Hispanic and Latino Prevention Technology Transfer Center, and National Hispanic and Latino Addiction Technology Transfer Center; founder of CETPA*

J. Rocky Romero, PhD, LMSW JR *Romero & Associates*

Fred Sandoval, MPA *National Latino Behavioral Health Association*

Gerlinda Gallejos-Somerville, MPH *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*
Belisa M. Urbina Ser Familia, Buford, GA

Stacey Williams *U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health*

SAMHSA Office of Behavioral Health Equity

Victoria Chau, PhD, MPH

Larke Nahme Huang, PhD

Roslyn Holliday Moore, MS

Introducción

La crisis actual de opioides es una de las epidemias de drogas más extensas en la historia de los Estados Unidos para todos los grupos raciales y étnicos. En el 2017, fue declarada una emergencia de salud pública, con 47.600 muertes reportadas por sobredosis relacionadas con opioides, que representaron la mayoría de las muertes por sobredosis de drogas.[(1)] En el 2018, las muertes por sobredosis de drogas en general disminuyeron en los EE. UU. por un 4,1 por ciento en comparación al 2017.[(2)] Sin embargo, las muertes por sobredosis de opioides y el uso indebido continuaron ocurriendo en cantidades significativas.[(2)] En el 2018, 10.3 millones de personas abusaron de los opioides, incluyendo los opioides recetados y la heroína, y dos millones tenían un trastorno por consumo de opioides.[(3)] Con aproximadamente 130 personas muriendo cada día debido a una sobredosis relacionada con opioides[(4)], esta epidemia ha atraído atención nacional, ha generado oportunidades significativas de financiamiento federal y estatal para la prevención, el tratamiento y la recuperación y ha dado forma a las prioridades de muchas comunidades locales.

Recientemente, se ha observado un cambio demográfico en la epidemia con aumentos dramáticos en el uso indebido de opioides y muertes por sobredosis entre las poblaciones Hispanas/Latinas*, Afroamericanas e Indígenas Estadounidenses/Nativas de Alaska. Dado a que los Hispanos/Latinos son una de las poblaciones minoritarias con crecimiento más rápido--se espera que representarán casi el 30 por ciento de la población de los EE. UU. para el 2060[(5)]. Es esencial poder comprender los factores socioculturales únicos que influyen en el uso de drogas y el acceso a la prevención, el tratamiento y la recuperación de esta población. A medida que la sociedad se aleja de la criminalización del comportamiento de uso de drogas a entenderlo como una condición de salud crónica que es prevenible y tratable, este enfoque de salud pública debe ser inclusivo y adaptado a comunidades diversas e históricamente desatendidas. Comprender las estrategias de salud pública para llegar e involucrar a la población Hispana/Latina es un paso fundamental para abordar esta epidemia.

***En este resumen informativo, los términos Hispano/Latino se utilizan como término general para incluir a aquellos que se identifican como "Hispanos," "Latinos" y/o "Latinx" en los EE. UU. Esto generalmente incluye a personas con orígenes ancestrales de América Latina y/o España. Cuando se informan datos, se utiliza la terminología de la fuente de datos original.**

PROPÓSITO DEL RESUMEN INFORMATIVO

A medida que el Congreso de los Estados Unidos, las agencias federales, los departamentos de salud y aquellos que se encargan de la de salud mental y los trastornos ocasionados por el consumo de sustancias a niveles estatales y del condado, y las partes interesadas de la comunidad se movilizan para abordar la epidemia de opioides, ¿qué está sucediendo dentro de las comunidades Hispanas/Latinas? Este resumen informativo tiene como objetivo transmitir una breve descripción de cómo esta población se ve afectada. Específicamente, hará lo siguiente:

a) Proporcionar datos recientes sobre la prevalencia del uso indebido de opioides y las tasas de mortalidad por sobredosis de opioides en la población Hispana/Latina de los EE. UU.;

b) Discutir los factores contextuales que impactan la epidemia de opioides en estas comunidades, incluyendo los desafíos en acceder la intervención temprana y el tratamiento;

c) Resaltar las estrategias innovadoras de participación y alcance que tienen potencial para conectar a los individuos con prevención con base científica, tratamiento y recuperación, e;

d) Ilustrar la importancia de la voz y el liderazgo comunitario continuo en el desarrollo y la implementación de soluciones para esta crisis de salud pública.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Este resumen informativo incluye información recopilada de una variedad de fuentes, incluyendo entrevistas con informantes clave, datos federales, investigación revisada por pares y literatura política. Los informantes claves fueron seleccionados por su experiencia y trabajo actual en reducir el uso indebido de opioides en las comunidades Hispanas/Latinas. Representaron una variedad de roles, incluyendo líder comunitario, persona con experiencia vivida, entrenador de recuperación de pares, supervisor de recuperación de pares, director ejecutivo y representantes de programas comunitarios, evaluador, investigador, internista, psiquiatra de adicciones, psicólogo clínico, médico, trabajador social, enfermera y defensora. Los informantes clave procedían de áreas diversas geográficamente y representaron a varios tipos de instituciones, por ejemplo, universidades, asociaciones profesionales enfocadas en el área de salud mental y trastorno por adicciones, hospitales, clínicas de salud y organizaciones comunitarias.

Este breve análisis es único y contiene la compilación de problemas y estrategias transmitidas por personas que viven o trabajan en comunidades Hispanas/Latinas y aborda el uso indebido de opioides y el trastorno por consumo de sustancias, e incluye a muchos que se identifican como Hispanos/Latinos. Sus declaraciones directas, indicadas en cursiva y entre comillas, están intercaladas a lo largo del documento. La información que compartieron representa un resumen informativo de lo que está sucediendo en las comunidades Hispanas/Latinas seleccionadas que están luchando contra el uso indebido de opioides, y no es una imagen completa de esta población en todo el país.

Cuestiones contextuales relacionadas con el uso indebido de opioides y trastornos por consumo de opioides en comunidades Hispanas/Latinas

ASPECTOS DESTACADOS DE LOS DATOS NACIONALES

Las estimaciones y las tasas de opioides a nivel nacional y estatal son de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (conocida como NSDUH por sus siglas en inglés) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (conocida como SAMHSA por sus siglas en inglés)[(6)], de la encuesta nacional "Monitoring the Future" del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA),[(7, 8)] y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS) [(9)] y la encuesta sobre las Conductas de Riesgo en los Jóvenes (YRBS).[(10)] En las siguientes figuras y tablas, se muestran los datos disponibles más recientes.

Abuso de opioides.[(3)] De acuerdo a la encuesta NSDUH de la agencia federal SAMHSA, la tasa del uso indebido de opioides (uso de heroína y uso indebido de opioides recetados) entre Hispanos/Latinos es similar a la tasa de la

población nacional, alrededor del 4 por ciento. En el 2018, se estimó que 1.7 millones de Hispanos/ Latinos y 10.3 millones de personas a nivel nacional, de 12 o más años de edad, se habían involucrado en el uso indebido de opioides en el último año.

Tabla 1. Prevalencia anual del uso de diversas drogas por raza / etnia para estudiantes del 8°, 10° y 12° grado — Estados Unidos, 2018

Grupo étnico/ racial	Heroína, Cualquier Uso[a]			Heroína con una Aguja[a,b]			Heroína sin Aguja[a,b]			OxyContin[b,c,d]			Vicodina[b,c,d]		
	8°	10°	12°	8°	10°	12°	8°	10°	12°	8°	10°	12°	8°	10°	12°
Total	0.3	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.8	2.2	2.3	0.6	1.1	1.7
Blanco	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.6	1.7	2.5	0.4	1.2	1.9
Afroamericano	0.2	0.2	0.6	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.4	1.4	1.6	1.7	1.5	0.9	1.1
Hispano	**0.6**	**0.3**	**0.4**	**0.3**	**0.2**	**0.2**	**0.5**	**0.2**	**0.2**	**0.7**	**4.0**	**2.1**	**0.5**	**1.8**	**1.7**

Fuente: Encuesta Monitoring the Future, Universidad de Michigan

[a] Grados 8 y 10 solamente: Datos basados en tres de cuatro formularios; N es cuatro sextos de N indicado.

[b] Grado 12 solamente: Datos basados en tres de seis formularios; N es tres sextos de N indicado.

[c] Sólo se incluye el uso de drogas que no esté bajo medicamentos recetados.

[d] Grados 8 y 10 grados solamente: Datos basados en uno de cuatro formularios; N es un tercio de N indicado

Tabla 2. Número y tasas ajustadas por edad[a] de muertes por sobredosis de drogas[b] que involucran drogas seleccionadas por raza / etnia — Estados Unidos, 2017

Grupo étnico / racial	Muertes por sobredosis de drogas que involucran: Muertes por sobredosis de drogas[b], en general		Cualquier opioide[c]		Opioides naturales y semisintético[d]		Opioides sintéticos distintos de la metadona[e]		Opioides recetados[f]		Heroína[g]	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Total	70.237	21,7	47.600	14,9	14.495	4,4	28.466	9,0	17.029	5,2	15.482	4,9
Blanco, no Hispano	53.516	27,5	37.113	19,4	11.921	5,9	21.956	11,9	13.900	6,9	11.293	6,1
Negro, no Hispano	8.832	20,6	5.513	12,9	1.247	2,9	3.832	9,0	1.508	3,5	2.140	4,9
Asiático/	756	3,5	348	1,6	117	0,5	189	0,8	130	0,6	119	0,5
Isleño del Pacífico, no Hispano	672	25,7	408	15,7	147	5,7	171	6,5	187	7,2	136	5,2
Hispano	**5.988**	**10,6**	**3.932**	**6,8**	**994**	**1,8**	**2.152**	**3,7**	**1.211**	**2,2**	**1669**	**2,9**

Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, Archivo de Mortalidad

a Tasa por 100.000 habitantes ajustada por edad a la población estándar de EE. UU. del 2000 utilizando la población del año de datos. Las tasas se suprimen cuando se basan en <20 muertes.

b Las muertes se clasifican utilizando International Clasificación of Disecases, Tenté Revisión (ICD–10). Las muertes por sobredosis de drogas se identifican utilizando los códigos de causa de muerte subyacentes X40 – X44 (no intencional), X60 – X64 (suicidio), X85 (homicidio) e Y10 – Y14 (indeterminado). Debido a que las muertes pueden involucrar más de un medicamento, algunas muertes se incluyen en más de una categoría. En los certificados de muerte, la especificidad de las drogas relacionadas con las muertes varía con el tiempo. En 2016, aproximadamente 15% de las muertes por sobredosis de drogas no incluían información sobre el tipo específico de drogas involucradas.

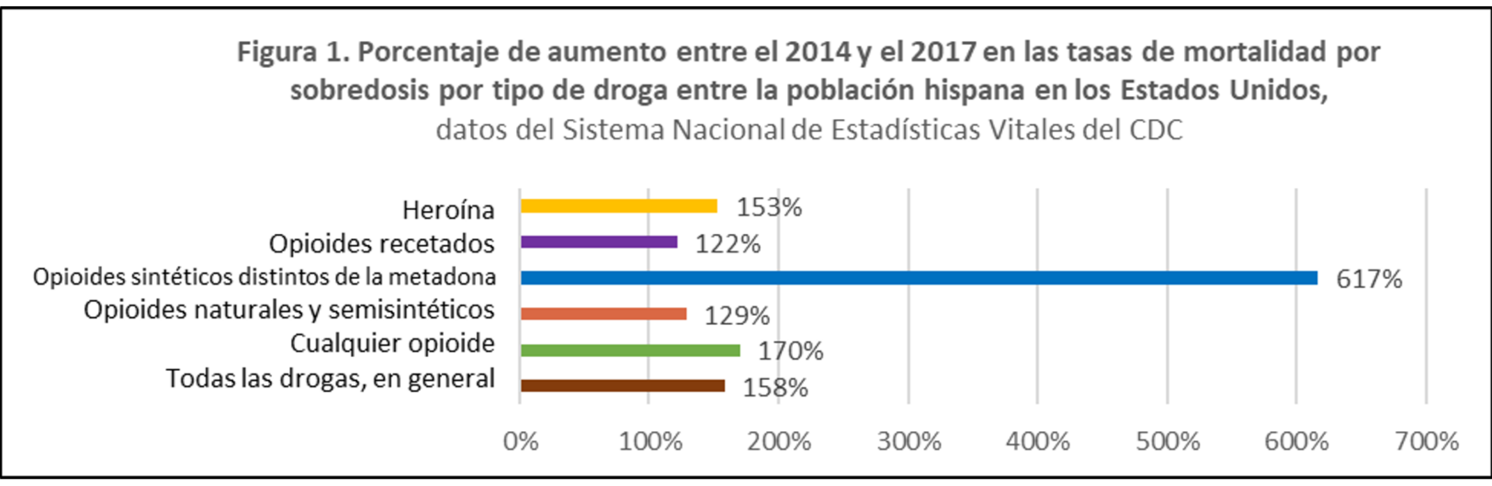
c Muertes por sobredosis de drogas, según se definen utilizando los códigos ICD-10, que involucran opio (T40.0), heroína (T40.1), opioides naturales y semisintéticos (T40.2), metadona (T40.3), opioides sintéticos distintos de la metadona (T40.4) y otros narcóticos no especificados (T40.6).

d Muertes por sobredosis de drogas, según se definen, que involucran opioides naturales y semisintéticos (T40.2).

e Muertes por sobredosis de drogas, según se definen, que involucran opioides sintéticos distintos de la metadona (T40.4).

f Muertes por sobredosis de drogas, según se definen, que involucran opioides naturales y semisintéticos (T40.2) y metadona (T40.3).

g Muertes por sobredosis de drogas, según se definen, que involucran heroína (T40.1).



Consulte las notas de la Tabla 2 para obtener detalles sobre las definiciones de fármacos

Uso y abuso de opioides y otras sustancias entre los jóvenes Hispanos/Latinos. Los datos nacionales de múltiples fuentes específicas para jóvenes en edad de escuela secundaria indican que los jóvenes Hispanos consumen drogas a tasas equivalentes o más altas en comparación con sus compañeros raciales/étnicos. En el 2017, la encuesta YRBS de la agencia CDC informó que los jóvenes Hispanos de la escuela secundaria tenían la mayor prevalencia de uso de drogas ilícitas seleccionadas (16,1%) y uso indebido de opioides recetados (15,1%) en comparación con la población total de jóvenes de la escuela secundaria (14,0% para ambos) y otros grupos étnicos/raciales.[11] De manera similar, la encuesta MTF del 2018 de la agencia NIDA indica que, en general, los estudiantes Hispanos de octavo grado tenían los niveles más altos de uso indebido de sustancias en todas las sustancias en comparación con los Blancos y los Afroamericanos. En general, un porcentaje más alto de jóvenes Hispanos de octavo y décimo grado reportaron uso indebido de opioides (heroína y medicamentos recetados) en el último año que los Blancos y Afroamericanos (Tabla 1).[7, 8]

Tasas de muerte por sobredosis relacionadas con opioides y muertes relacionadas con drogas seleccionadas por grupos étnicos/raciales. La tasa de mortalidad por sobredosis relacionada con opioides para la población nacional ha aumentado de 2,9 muertes por cada 100.000 personas en 1999[12] a 14,9 por 100.000 personas en el 2017[1]—con un gran aumento en muertes por sobredosis de opioides sintéticos distintos a la metadona (opioides sintéticos, es decir, fentanilo, análogos de fentanilo y tramadol) de 2013 a 2017.[1] En el 2017, entre los Hispanos, la tasa de muerte por sobredosis relacionada con opioides fue de 6,8 muertes por cada 100.000 personas, y fue significativamente más baja en comparación con los Blancos no Hispanos, Negros e Indígenas Estadounidenses/Nativos de Alaska (tabla 2).[13]

Muertes por sobredosis de opioides sintéticos (distintos a la metadona). Los datos sugieren que los opioides sintéticos fabricados ilícitamente están contribuyendo en gran medida a las muertes actuales por sobredosis de drogas en los EE. UU.[2] El fuerte aumento de las muertes por sobredosis de opioides sintéticos en los últimos años es alarmante y los datos muestran que la mezcla de opioides sintéticos con otras drogas ocurre en todas las poblaciones.[14] Los opioides sintéticos están afectando las tasas de mortalidad por opioides entre los Hispanos.[1, 12, 13] En el 2017, los opioides sintéticos representaron casi el 55 por ciento de las muertes por sobredosis relacionadas con opioides y el 36 por ciento del total de muertes por sobredosis de drogas entre los Hispanos, comparado a entre el 41 y el 70 por ciento y entre el 25 y el 43 por ciento de muertes, respectivamente, para todos los demás grupos étnicos/raciales (derivadas de la Tabla 2).

Aumento porcentual en las tasas de muerte por sobredosis de droga entre la población Hispana. Entre el 2014 y el 2017, entre la población Hispana aumentaron las tasas de mortalidad por sobredosis de drogas involucrando todos los tipos de opioides, con el aumento más pronunciado por los opioides sintéticos (Figura 1).[13, 15] Las tasas de muerte que involucran opioides sintéticos aumentaron en un 617 por ciento y fueron las segundas más altas

para los Hispanos en comparación con todos los demás grupos étnicos/raciales (datos no mostrados). [13, 15]

Tabla 3. Tasas de mortalidad por sobredosis de opioides (ajustada por edad por cada 100.000), los 5 estados principales y el Distrito de Columbia, por población total e Hispana, 2018

Total			Hispanos		
1.	WV	42,4	1.	MA	30,4
2.	DE	39,3	2.	PA	25,3
3.	MD	33,7	3.	CT	21,0
4.	NH	33,1	4.	OH	19,6
5.	NJ	29,7	5.	NM	19,6

Tabla 4. Número de muertes por sobredosis de opioides, 5 estados principales, por población total e Hispana, 2018

Total			Hispanos		
1.	OH	3.237	1.	CA	573
2.	FL	3.189	2.	NY	541
3.	NY	2.991	3.	FL	405
4.	PA	2.866	4.	NJ	341
5.	NJ	2.583	5.	TX	329

Tasas de mortalidad por sobredosis relacionadas con opioides por estado.[16] El panorama de la sobredosis relacionada con opioides por población estatal varía dependiendo de la consideración *de la tasa de mortalidad, el porcentaje de muertes* o el número absoluto de muertes por grupo étnico o racial. Los datos estatales de muerte por sobredosis relacionados con opioides específicos para Hispanos estaban disponibles para aproximadamente la mitad de los estados, y de estos estados se muestran los cinco estados con la tasa de mortalidad más alta (Tabla 3) y el número de muertes (Tabla 4). En el 2018, Massachusetts tuvo la tasa de muerte por sobredosis relacionada con opioides más alta entre los Hispanos (30,4 muertes por cada 100.000). Nuevo México tuvo el porcentaje más alto de muertes por sobredosis relacionadas con opioides por parte de la población estatal; el 57 por ciento de las muertes por sobredosis relacionadas con opioides en el 2018 en Nuevo México fueron entre Hispanos (datos no mostrados). Varias comunidades Hispanas en el suroeste han experimentado altas tasas de dependencia de heroína y muertes por sobredosis desde la década de 1960, lo que puede haber sentado las bases para los aumentos más recientes en las tasas de abuso y sobredosis de opioides entre los Hispanos en la región suroeste.[17]

EL MANEJO DEL DOLOR

En la población general, el aumento de opioides recetados para pacientes con dolor agudo y crónico[18, 19] contribuyó significativamente a la crisis actual y llevó al CDC a emitir pautas de prescripción de opioides.[20] Casi el 48 por ciento de la población de EE. UU. de 12 años o más utilizó por última vez un analgésico recetado para el dolor físico.[6] Para la población Hispana/Latina, el uso indebido de opioides derivado del uso excesivo de analgésicos también es una vía importante para el uso indebido de opioides. Las razones clave auto informadas para el uso indebido de un analgésico recetado entre los Hispanos/Latinos de 12 o más años de edad fueron para aliviar el dolor físico (53 por ciento) seguido por la necesidad de aumentar o disminuir el efecto de algún otro medicamento (11 por ciento).[6] Entre los jóvenes Hispanos/Latinos, de 12 a 17 años, las razones para el uso indebido de un analgésico fueron para aliviar el dolor físico (67 por ciento); para ayudar con los sentimientos o emociones (12 por ciento); y para ayudar a dormir (8 por ciento). [6]

Las exposiciones ocupacionales se han asociado con el uso de analgésicos de opioides en la población Hispana/Latina. El servicio militar aumentó el riesgo de lesiones y la consiguiente necesidad de analgésicos. Los Hispanos/Latinos tienen una presencia cada vez mayor en el ejército y han estado sobrerrepresentados entre los reclutas alistados.[21] Una mayor proporción de mexicoamericanos tienen trabajos manuales que Blancos no Hispanos, y las investigaciones anteriores sugieren que los mexicoamericanos

con dolor crónico pueden tener un mayor riesgo de experimentar dolor generalizado que los Negros y Blancos no Hispanos, lo que los hace más susceptibles a lesiones múltiples y mayores tasas de discapacidad.[22-24] Un estudio de los departamentos de emergencia en el noreste de EE. UU. encontró que los niños Hispanos/Latinos y Negros, y los no-Blancos en general, tenían significativamente menos probabilidades de recibir una receta de opioides para el dolor que los Blancos, a pesar de informar niveles similares de severidad del dolor.[25] En contraste, otros estudios han sugerido que la prescripción de opioides y los niveles de dolor al momento de presentación en los departamentos de emergencia son similares entre los Blancos no Hispanos y los Hispanos/Latinos.[26] Otro estudio que utilizó datos representativos a nivel nacional del 2000 al 2015 encontró que los Hispanos/Latinos usan menos opioides prescritos que los Blancos y los Negros no Hispanos.[27] Sin embargo, cuando los Hispanos/Latinos reciben recetas de opioides de un proveedor médico, es posible que las farmacias de los vecindarios donde residen no tengan estos medicamentos.[28, 29] Los esfuerzos para abordar la crisis de opioides en estas comunidades, especialmente en las comunidades desatendidas o de nivel socioeconómico bajo, deben considerar cómo el dolor se cruza con el uso y abuso de opioides: *"necesitamos un enfoque integral para el manejo del dolor."*

FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS CON EL ACCESO A SERVICIOS

Ahora se reconoce que los determinantes sociales de la salud son factores críticos que contribuyen a los problemas de salud pública principales. A continuación, se describen algunos de los factores socioculturales que se consideran clave los cuales están asociados con el uso indebido de opioides en la población Hispana/Latina. Incluyen facilitadores y barreras para acceder a servicios y apoyos adecuados de prevención, tratamiento y recuperación.

Familismo. *Familismo* es el término utilizado en la cultura Hispana/Latina para subrayar la importancia de la familia y los roles familiares.[30] *Familismo* enfatiza el papel crítico de la dinámica familiar interna, las redes sociales extendidas y la distribución de recursos a través de estas redes.[31] Este concepto es fundamental para los enfoques de prevención, tratamiento y recuperación de las comunidades Hispanas/Latinas. En general, las intervenciones usadas para tratar el trastorno por consumo de sustancias ilícitas basadas en modelos de sistemas familiares y la participación de los miembros de la familia a lo largo de la continuidad del tratamiento, desde la participación hasta la atención continua, han demostrado éxito.[32]

Religión, fe y espiritualidad. La religión se valora en muchas comunidades Hispanas/Latinas, y el 82 por ciento de los Hispanos/Latinos se identifican con una religión.[33] Es necesario reconocer la importancia de la fe y la espiritualidad en muchas comunidades Hispanas/Latinas al considerar la participación efectiva en intervenciones de prevención, tratamiento y recuperación.

Problemas de inmigración. En las últimas décadas, las guerras civiles, la inseguridad económica, la pobreza y los desastres naturales han contribuido a la creciente población Hispana/Latina en los EE. UU.[34] Estas circunstancias también influyen a la experiencia durante la migración a, y la vida en los Estados Unidos. El trauma asociado con dejar el país de origen y el aculturarse a un nuevo país puede manifestarse como una condición de salud mental. Por ejemplo, la investigación indica que, en general, los migrantes que huyen de la persecución tienen



alta prevalencia de condiciones de salud mental como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático.[35] De manera similar, la investigación ha demostrado que el temor a la detención y deportación de inmigrantes por parte de las fuerzas de la fuerza policial está asociado con problemas de salud mental para el detenido/deportado y su familia.[36-38] La inmigración, aunque es una oportunidad y una necesidad para algunas personas, para muchos Hispanos/Latinos, es un factor estresante crónico.

Discriminación y trauma. La discriminación experimentada por Hispanos/Latinos y personas de color, en general, puede desencadenar recuerdos de traumas pasados. Las personas que experimentan una enfermedad mental durante su vida también pueden experimentar un trastorno por consumo de sustancias. Según el estudio NSDUH del 2018, 1.34 millones de adultos Hispanos o Latinos, de 18 años o más, tuvieron un trastorno por consumo de sustancias concurrente con una enfermedad mental en el último año.[3] Para los Hispanos/Latinos, la discriminación por su origen étnico y estatus migratorio también es vinculado a trastorno por consumo de sustancias. [39, 40] Los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas sugieren que las personas con trastornos mentales, de personalidad y trastorno por consumo de sustancias tenían un mayor riesgo de uso de opioides no recetados por médicos.[41]

Heterogeneidad de la población Hispana/Latina. Combinar a todos los Hispanos/Latinos en una categoría étnica es problemático porque pasa por alto la diversidad que existe en las comunidades Hispanas/Latinas. Un proveedor de tratamiento Hispano/Latino compartió: *"Las comunidades Hispanas/Latinas son un espectro real ... la tercera generación en comparación con las personas que han inmigrado recientemente, [las que están] comenzando a asimilarse, [y] las familias mezcladas, pero [estas personas] no tienen acceso debido a la falta del idioma, la ausencia de seguros de salud y las barreras culturales."* Estas comunidades incluyen muchas culturas, países de origen y diferentes idiomas y dialectos. Para aquellos que emigraron a los Estados Unidos, la duración de la residencia y los niveles de aculturación son bastante variables. De manera similar, muchas familias Hispanas/Latinas son de estatus mixto (nacidos aquí, naturalizados e indocumentados) que viven en un hogar multigeneracional. Las diferencias en las creencias sobre la salud y la terminología con respecto al uso de sustancias pueden variar ampliamente entre los grupos étnicos Hispanos/Latinos, por ejemplo, mexicoamericanos, puertorriqueños, cubanoamericanos, etc.

Abuso intergeneracional de sustancias y uso de múltiples sustancias. Para muchas familias en los Estados Unidos, el abuso de sustancias se transmite de generación en generación y los opioides no son la primera ni la única droga que se usa. En algunos casos, hogares con varias generaciones están abusando de opioides y otras sustancias juntas, tanto intencionalmente como no intencionalmente. En el 2016, se estimó que el 27 por ciento de los Hispanos/Latinos en los EE. UU. vivían en hogares con varias generaciones. [42] En algunos casos, en los estados donde los "molinos de píldoras" son más comunes, las generaciones mayores dentro de una familia pueden estar proporcionando opioides obtenidos por prescripción médica a las generaciones más jóvenes sin comprender el uso potencial indebido de los opioides. Un informante clave compartió que algunos *"abuelos [Hispanos/Latinos] les están dando pastillas a sus nietos."* En estos hogares con varias generaciones, las enfermedades mentales también pueden coexistir entre varios miembros de la familia y generaciones. En comunidades con alta pobreza y desinversión económica, frecuentemente hay uso intergeneracional y de múltiples sustancias. Para muchas personas de estas comunidades pobres y de bajos ingresos, el consumir y/o vender drogas es un medio de sobrevivencia. Los opioides no son las únicas sustancias preocupantes y es probable que no están siendo usadas indebidamente durante períodos de aislamiento.

Riesgos para los jóvenes. Los jóvenes Hispanos/Latinos desconocen el riesgo de trastornos por consumo de opioides con los opioides que han sido recetados. Los miembros de la comunidad y los datos nacionales han indicado que los jóvenes

Hispanos/Latinos están usando opioides en tasas altas, y a veces más que sus contrapartes de otros grupos étnicos/raciales.[3, 7, 8] Los jóvenes Hispanos/Latinos, como todos los adolescentes, están a riesgo de conductas de afrontamiento como el participar en conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas. El estrés relacionado con la aculturación y los problemas de inmigración también pueden manifestarse de manera negativa y pueden colocar a los jóvenes inmigrantes Hispanos/Latinos en riesgo de ansiedad, síntomas depresivos y estrés postraumático.[43-45] Un proveedor de tratamiento de salud mental compartió que los estudiantes Hispanos/Latinos que pertenecen a familias de estatus mixto estaban siendo aislados de sus compañeros de escuela y de los proveedores de tratamiento cuando sus familias los sacaban de la escuela debido a problemas de salud mental o abuso de drogas; *"[Hay una] tremenda [cantidad de] familias mixtas. Los niños están documentados, pero los padres no. El factor de riesgo más grande de los niños con ansiedad y depresión [es el aislamiento]. Están tan aislados y no tienen adónde ir a los 8 o 9 años."* Entre los jóvenes Hispanos/Latinos de la adolescencia temprana, la presión y los sentimientos negativos de ser el intérprete de la familia o el intermediario cultural se han asociado con el estrés de la aculturación, que está relacionado con un mayor riesgo de consumir sustancias.[46]

Barreras del idioma Uno de los problemas más citados con respecto a las estrategias de prevención, tratamiento y recuperación relacionados con la crisis de opioides para las comunidades Hispanas/Latinas es la necesidad de proveedores y materiales bilingües en el idioma nativo. Los datos de la Oficina del Censo de EE. UU. del 2013 muestran que el 63 por ciento de la población total de EE. UU. que informó tener un dominio limitado del inglés (conocida como LEP por sus siglas en inglés) era Hispano/Latino, mientras que los Hispanos/Latinos consisten de sólo el 12 por ciento de la población que domina el inglés.[47] Falta de proveedores de habla hispana, portuguesa e indígena, y los materiales relacionados con la salud en el idioma es una barrera importante para las personas Hispanas/Latinas con LEP que buscan atención médica en general[48, 49] y especialmente interfiere con el acceso a la atención para una afección altamente sensible y estigmatizada como los trastornos por consumo de opioides. Las investigaciones han indicado que las clínicas de salud mental que brindan servicios de salud mental cultural y lingüísticamente apropiados para la población de habla portuguesa en su comunidad tenían más probabilidades de brindar una atención adecuada a sus pacientes que las que brindaban atención estándar.

La ley federal exige el acceso a intérpretes gratuitos para las personas para quienes el inglés no es su idioma principal en los centros de atención médica que reciben asistencia financiera federal.[51] Sin embargo, a pesar de esta ley, los informantes clave señalaron que muchos proveedores de tratamiento no brindan interpretación adecuada ni informan adecuadamente a los clientes sobre su derecho a servicios de interpretación sin costo. En cambio, los informantes clave comúnmente informaron que los jóvenes Hispanos/Latinos a menudo sirven como intérpretes informales para sus padres mientras navegan por el sistema de atención de salud primaria y de salud mental. Como dijo un informante clave, *"los niños se utilizan todo el tiempo para actuar como intérpretes. Lo ves en el hospital. En el consultorio médico o en el hospital, hay un niño que actúa como intérprete."*

Estigma, percepciones erróneas y narrativas negativas sobre el trastorno por consumo de sustancias. Al igual que en la población general, existe un estigma asociado con el trastorno por consumo de sustancias, incluyendo los trastornos por consumo de opioides en las comunidades Hispanas/Latinas. Muchas familias y comunidades en los EE. UU. estigmatizan a las personas que tienen trastornos por consumo de opioides y lo ven como una falla moral y no como una enfermedad crónica tratable. Como señaló un informante clave, *"La gente esconde la adicción, especialmente los Latinos. No les está llegando el mensaje que la adicción es una enfermedad."* Debido al estigma, muchas personas no buscan tratamiento.

En las comunidades Hispanas/Latinas, existe una brecha en el conocimiento sobre las opciones de tratamiento para trastornos por consumo de opioides. Un informante clave compartió sobre el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) y la Naloxona: *"La mayoría de los Latinos [no] saben que existen estos programas."* Para involucrar e informar a esta comunidad, se necesitan campañas educativas y de mercadeo social específicas a la prevención, el tratamiento y la recuperación de opioides y centradas en los Hispanos/Latinos. Como señaló un informante clave, *"MAT en la comunidad Latina — todavía veo familias que piensan que es la sustitución de drogas ... Todavía hay mucha educación por hacer ... Todavía hay mucho estigma alrededor. No entienden cómo funciona."* En algunos casos, las familias son el obstáculo. Los informantes clave compartieron que las familias Hispanas/Latinas a menudo no comprenden la adicción, han visto a sus familiares recaer repetidamente y no creen en la posibilidad de recuperación.

Además del estigma, la percepción errónea de la necesidad de tratamiento por parte de Hispanos/Latinos con trastorno por consumo de sustancias también es una barrera para el tratamiento. Solo el cinco por ciento de los Hispanos/Latinos con un trastorno por consumo de sustancias informó haber percibido la necesidad para recibir tratamiento.[52] Un informante clave describió a los participantes Hispanos/Latinos de un estudio en curso sobre el uso de sustancias de esta manera: *"La importancia de decirles e identificarles en qué lugar del espectro de gravedad se encuentran, tuvo un gran impacto. Cuando se les dio puntajes para controlar su condición, para que pudiéramos referirlos, las personas comenzaron a reducir su consumo de sustancias simplemente al recibir su puntaje de gravedad."*

Miedo a buscar tratamiento y llamar al personal de primeros auxilios Como se señaló anteriormente, los temores y el estrés relacionado con el estado migratorio son prevalentes en las comunidades Hispanas/Latinas. Muchos Hispanos/Latinos documentados e indocumentados no buscarán tratamiento para ellos, sus familiares o amigos por temor a la deportación. *"No llamarán a la policía, lo vemos con víctimas de violencia doméstica, pero también es cierto para personas con enfermedades mentales y trastorno por uso de sustancias. Puede que estén pasando por todo, pero no llamarán a la policía."* Es probable que los esfuerzos para mejorar el acceso al tratamiento o a la Naloxona mediante el uso de equipos de primeros auxilios y la fuerza policial no sean efectivos para estas comunidades. Para esta población, los primeros en responder a la crisis de opioides son a menudo miembros de la familia, líderes de la iglesia, amigos u otras personas que han usado opioides. Los esfuerzos para involucrar a las personas Hispanas/Latinas con trastornos por consumo de opioides en el tratamiento o para recibir capacitación en el uso de Naloxona, deben incluir a los equipos de primeros auxilios quienes son conocidos y han ganado la confianza de sus comunidades. Además, en algunos lugares, una tarjeta de identificación es un requisito para recibir servicios de tratamiento MAT, lo que genera preocupaciones sobre el estado migratorio de la persona y la deportación.

Falta de prevención y tratamiento culturalmente responsivo. Al igual que la fuerza laboral de salud de la salud mental en general, existe una brecha significativa en los proveedores de tratamiento que son bilingües y están capacitados para trabajar con poblaciones Hispanas/Latinas. Debido a la heterogeneidad de esta población, un enfoque de talla única no es adecuado. Los Hispanos/Latinos que viven con trastornos por consumo de opioides necesitan acceso a tratamiento de salud, salud mental y trastorno por consumo de sustancias que sea cultural y lingüísticamente apropiado para poder participar y comprender los servicios de tratamiento y prevención. Sin establecer esta relación, los Hispanos/Latinos a menudo terminan el tratamiento prematuramente.[53] El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ha desarrollado una guía para ayudar a los proveedores de atención médica a implementar servicios cultural y lingüísticamente apropiados e incluye 15 estándares conocidos como los Estándares Nacionales para Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropiados en Salud y Atención Médica (Estándares CLAS),[54, 55]

embargo, el cumplimiento de estos estándares es bastante variable.[56]

Menos acceso a tratamientos asistidos por medicamentos (MAT). MAT para trastornos por consumo de opioides, que combina medicamentos y terapias psicosociales, se considera el tratamiento con base científica.[57] La investigación muestra que los Hispanos/Latinos tienen menos probabilidades de acceder a MAT. Un estudio de 28.000 usuarios de drogas inyectables que buscaban tratamiento en Massachusetts encontró que los Hispanos/Latinos eran más propensos a depender del tratamiento de desintoxicación (no MAT) solo en comparación con los Blancos.[58] La investigación también ha encontrado que el tratamiento con Metadona está asociado con el estigma, lo que puede aumentar las tasas de abandono y recaída.[58, 59] Una encuesta realizada en una clínica de Metadona en la ciudad de Nueva York que atiende altas tasas de Hispanos/Latinos en recuperación encontró actitudes negativas relacionadas con este tratamiento en la mayoría de los pacientes, así como en el personal de la clínica.[60]

Además, los Hispanos/Latinos que se inyectan heroína y viven en áreas urbanas tienen más probabilidades de experimentar barreras para acceder al tratamiento Buprenorfina.[61] Los estudios muestran consistentemente que la Buprenorfina y la Metadona son más accesibles en las áreas Blancas de mayores ingresos, mientras que las tasas de Metadona se han mantenido estables con el tiempo y se agrupan en áreas urbanas de bajos ingresos.[62,63] Además, los adolescentes Hispanos/Latinos tenían menos probabilidades de recibir Naltrexona o Buprenorfina como tratamiento para la adicción a los opioides, a pesar de las recomendaciones de mejores prácticas para usar esta combinación de MAT como una intervención temprana.[64] Esta disparidad en el acceso a la Buprenorfina por razón de pertenecer a un grupo étnico o racial, geografía e ingresos, también se debe al estado del seguro de salud/método de pago. Un estudio que utilizó datos nacionales mostró que entre las personas con trastornos por consumo de opioides, las que pagan por su cuenta o tenían un seguro privado representaron casi el 74 por ciento de las que recibieron Buprenorfina entre el 2012 y el 2015.[65] A pesar de la expansión de Medicaid (seguro médico estatal para personas de bajos ingresos) que ocurrió en la mayoría de los estados en el 2014, [66] el pago por la cuenta para la Buprenorfina se mantuvo relativamente estable durante el período de estudio.[65]

Esta disparidad en el acceso puede estar relacionada con barreras tanto para el paciente como para el médico. La Buprenorfina es generalmente un tratamiento menos estigmatizante para las personas con trastorno por consumo de sustancias en comparación con la Metadona. Es un tratamiento en el consultorio prescrito por médicos, enfermeros/as, que han sido capacitados y dispensados para recetar Buprenorfina. Para la población Hispana/Latina, muchos (estimado al 30 por ciento) no tienen un proveedor de atención primaria habitual [67], lo que hace menos probable el acceso a los programas de tratamiento en el consultorio. Incentivar al personal médico que atiende a esta población para que obtengan una exención es un desafío dadas a las tasas de reembolso limitadas o bajas y a la falta de tiempo y recursos para continuar la capacitación y adquirir la tutoría para administrar y cuidar adecuadamente a los pacientes que están usando buprenorfina.[68, 69] La Metadona, aún siendo un tratamiento efectivo, coloca más cargas sobre el paciente, como visitas diarias a la clínica, pruebas de drogas regulares y aleatorias, interrupciones en el empleo, asesoramiento requerido, etc. Esencialmente, existe un sistema de tratamiento de dos niveles: uno donde los Blancos, de ingresos más altos y seguro privado tienen acceso a la Buprenorfina y otro donde la Metadona es accesible para personas de color de bajos ingresos y con seguro público.

Estrategias para abordar el uso indebido y trastornos por consumo de opioides en comunidades Hispanas/Latinas

Se han desarrollado tratamientos efectivos para trastornos por consumo de opioides y generalmente funcionan en todas las poblaciones adultas.[62] Sin embargo, el acceso a estos tratamientos es desigual, [63, 65, 68, 69, 70] con obstáculos particulares para los Hispanos/Latinos y otras poblaciones minoritarias. Esta sección comienza con una descripción del tratamiento estándar para los trastornos por consumo de opioides y sobredosis. Continúa con estrategias innovadoras de alcance y participación que se han utilizado en las comunidades Hispanas/Latinas. Estas estrategias, ilustradas por unas muestras de estas comunidades, se enfocan en los esfuerzos de divulgación y participación que facilitan la prevención, el tratamiento y la recuperación. Con el apoyo de los esfuerzos de investigación participativa basada en la comunidad, estas estrategias son implementadas por administradores de casos, asociaciones con líderes y defensores de la comunidad, proveedores de tratamiento y compañeros/personas con experiencia vivida por un trastorno por consumo de sustancias.

TRATAMIENTO ESTÁNDAR

El tratamiento de base científica para una persona con trastornos por consumo de opioides es MAT administrado por personal médico calificado. El tratamiento para una sobredosis relacionada con opioides es la administración de un fármaco de reversión de sobredosis de opioides por un individuo capacitado.

Tratamientos asistidos con medicamentos (MAT). MAT es el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) junto con una intervención psicosocial. Actualmente, tres medicamentos están aprobados para MAT: Metadona, Buprenorfina y Naltrexona.[57]

Metadona: un medicamento que reduce los síntomas de abstinencia y los antojos y bloquea los efectos eufóricos de los opioides como la heroína, la morfina, la oxicodona y la hidrocodona. Para el tratamiento de trastornos por consumo de opioides, se debe recetar y dispensar a partir de un programa de tratamiento de opioides regulado por el gobierno federal. Se toma a diario y oralmente, normalmente en forma líquida, pero también se puede ofrecer en forma de pastilla o oblea. Puede causar efectos secundarios graves y puede ser adictivo.[71, 72]

Buprenorfina: un medicamento que trata los síntomas de abstinencia y los antojos y tiene menos probabilidades que la Metadona de causar intoxicación o efectos secundarios peligrosos como la supresión respiratoria. Por lo general, se administra en forma de píldora o película bucal que debe disolverse por vía sublingual o adherirse a la mejilla. También está disponible como inyección mensual o como implante subdérmico que dura aproximadamente 6 meses. Puede ser recetado y dispensado fuera de una OTP autorizada por expertos médicos que hayan completado la capacitación requerida y hayan obtenido la exención DATA-2000.[72, 73]

Naltrexona: medicamento que bloquea los efectos eufóricos y sedantes de los opioides. No es un opioide y no es intoxicante ni adictivo. Se administra como una píldora diaria o una inyección mensual por cualquier médico o farmacéutico autorizado. Una forma inyectable

de liberación prolongada, Vivitrol, está aprobada para el tratamiento de los trastornos por consumo de opioides y alcohol y sus efectos duran aproximadamente 28 días. [72, 74] Para obtener información adicional, consulte el TIP 63 de SAMHSA: Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides.[75]

El segundo componente de MAT es la intervención psicosocial o conductual. Las intervenciones conductuales se dirigen a una amplia gama de problemas e inquietudes que no necesariamente abordan los medicamentos (por ejemplo, condiciones de salud mental comórbidas, trauma, falta de apoyo social, conductas de riesgo, vivienda inestable, etc.). Algunas intervenciones conductuales, como el manejo de contingencias, la terapia cognitiva conductual y los enfoques de terapia familiar estructurada, son ampliamente aceptadas como eficaces cuando se utilizan en conjunción con medicamentos.[62] Algunas investigaciones han indicado que las entrevistas motivacionales, que han demostrado ser efectivas para cambiar el comportamiento por uso de sustancias, también puede ser una intervención conductual eficaz para los trastornos por consumo de opioides en conjunción con medicamentos.[68]

Fármacos de reversión por sobredosis de opioides. Actualmente, la naloxona es el único medicamento aprobado por la FDA que se usa para revertir una sobredosis relacionada con opioides.

Naloxona: un medicamento recetado para prevenir muertes por sobredosis de opioides como heroína, morfina y oxicodona al bloquear los sitios receptores de opioides para revertir los efectos tóxicos de la sobredosis; se administra mediante atomizadores nasales, intramuscular (en el músculo), subcutáneo (debajo de la piel) o inyección intravenosa.[76]

Los esfuerzos para expandir el uso y la disponibilidad de naloxona en todo el país a través de iniciativas federales, estatales y locales son una estrategia clave para abordar la sobredosis de opioides. La efectividad de la naloxona y la necesidad crítica de ella durante este tiempo llevaron al Cirujano General de EE. UU. a emitir un aviso de salud pública en abril del 2018.[77] Este aviso recomienda una mayor disponibilidad de Naloxona en comunidades con altas tasas de uso de opioides, incluyendo la administración por una amplia gama de profesionales de salud, equipos de primeros auxilios sobrevivientes de sobredosis y sus familiares.[77, 78] De manera similar, en diciembre del 2018, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. publicó una nueva guía sobre la prescripción conjunta de naloxona para pacientes de alto riesgo por sobredosis de opioides.[79]

ESTRATEGIAS INFORMADAS POR LA COMUNIDAD PARA ABORDAR EL USO INDEBIDO DE OPIOIDES Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE OPIOIDES EN COMUNIDADES HISPANAS/LATINAS

A continuación se describen ocho estrategias claves con ejemplos específicos a la comunidad. Aunque no son universalmente representativas de todas las comunidades Hispanas/Latinas, son estrategias que se están utilizando en comunidades seleccionadas con potencial de reproducción.

1. Implementar un enfoque integral y holístico:

"Una necesidad de enfoques más holísticos ... existen tantos problemas en sus comunidades, como la vivienda, o el empleo."

Las estrategias para abordar la crisis de opioides en las comunidades Hispanas/Latinas, como todas las comunidades, requieren un enfoque holístico para abordar los múltiples factores asociados con los trastornos por consumo de sustancias. Un enfoque holístico identifica los apoyos clave: la vivienda, el empleo y la atención médica que se necesitan para que una persona mantenga un estilo de vida saludable. Las colaboraciones entre los sectores de servicios son necesarias para establecer y mantener la recuperación. Esto puede incluir apoyos para la vivienda y el empleo, un proveedor de atención primaria constante para coordinar la atención de las condiciones médicas concurrentes y una red

de especialistas de pares para el apoyo social.

Éxito Comunitario: Creando un centro holístico de tratamiento por la adicción — el Hospital Bellevue. En el Hospital Bellevue en la ciudad de Nueva York, una clínica dedicada al tratamiento de adicciones brinda atención en un entorno hogareño que fomenta las relaciones entre los clientes y el personal. Las actividades son escapes creativos y son de impulso cultural, como la terapia de arte, el yoga y la jardinería, se ofrecen para apoyar la construcción de la comunidad. Los clientes y el personal se dedican a cocinar juntos en la cocina de la clínica como una forma de curación y terapia. El proporcionar alternativas positivas de escape para la curación en un ambiente centrado en la comunidad, permite que las personas de color visualicen y crean en su recuperación a través de la participación de primera mano en una comunidad utilizando los medios que mejor se conectan con su cultura. La clínica enlaza a los pacientes con los servicios sociales y las redes de recuperación para obtener apoyo, que incluye a trabajadores de salud mental de pares, para complementar el mantenimiento de la Buprenorfina. La clínica también conecta a los clientes con organizaciones comunitarias que ayudan en cuestiones de vivienda y estabilidad alimentaria.

2. Crear campañas de concientización pública adaptadas a la cultura en los idiomas nativos: *"No veo comerciales que hablen sobre la adicción en español, ninguno dirigido a las comunidades latinas."*

Un tema común descrito por informantes clave es la falta de campañas de concientización pública adaptadas a la cultura sobre el uso indebido de opioides para la población Hispana/Latina. La necesidad de llegar a esta población en crecimiento es fundamental para prevenir el uso indebido de opioides en el futuro entre los jóvenes Hispanos/Latinos y los migrantes nuevos y recién llegados. Varios informantes clave señalaron que es importante transmitir que la recuperación a largo plazo es posible: *"necesitan creer que la recuperación es posible."* Esto requiere que aquellos que están tratando de abordar la crisis de opioides *"construyan una narrativa de esperanza, optimismo y disponibilidad de opciones de tratamiento"* e *"identifiquen a los intermediarios culturales y líderes informales y les lleven información en español para que puedan reconocer lo que es el consumo los opioides, el consumo de las drogas y cómo intervenir de forma segura"*.

Éxito Comunitario: Utilizando los medios de comunicación para transmitir mensajes de prevención en español y en portugués — CETPA. En algunos condados de Georgia, las campañas de prevención innovadoras aprovechan el poder de los medios de comunicación utilizando el Marco de Prevención Estratégica de SAMHSA han llegado a muchas comunidades Hispanas/Latinas que han sido descuidadas y desatendidas. CETPA, una organización sin fines de lucro con sede en el estado de Georgia, ha brindado servicios de salud mental y trastornos de adicción a la comunidad Hispana/Latina en el estado de Georgia por 20 años. CETPA inició un programa de prevención de medicamentos recetados dirigido a las comunidades Hispanas/Latinas. Se llevaron a cabo grupos de discusión en inglés y en español en varios grupos de edad para conocer el nivel de comprensión de la comunidad sobre la crisis de los opioides. Los grupos de enfoque incluyeron información sobre el uso y el uso indebido de opioides de las encuestas nacionales (NSDUH e YRBS) para educar a la comunidad. Los grupos de enfoque revelaron que las familias con familiares Hispanos/Latinos recién llegados tenían la menor cantidad de conciencia y conocimiento sobre los opioides y de sus posibles resultados dañinos. A partir de estos grupos focales, se creó una campaña de medios en español para educar sobre los trastornos por consumo de opioides como una enfermedad crónica y no como una falla moral.

Los medios de comunicación son una forma fundamental de intercambio de información entre los miembros de la comunidad Hispana/Latina y muchos en su comunidad asisten regularmente al cine. CETPA capitalizó este vehículo. Colaboraron con estaciones de televisión en español para crear y emitir anuncios

de servicio público de alta calidad. Luego, CETPA se asoció con Fandango, una compañía de boletos de cine, para incentivar a los espectadores a obtener crédito de Fandango al ver un anuncio de servicio público transmitido como parte de los avances en los cines locales. Al final del avance de una película, se emitía un anuncio de servicio público de opioides en español seguido por un código para que los espectadores enviaran un mensaje de texto a un número de teléfono. El espectador recibiría entonces un crédito de Fandango de cinco dólares para su próxima película. CETPA se asoció con salas de cine, incluyendo las de descuento como las de un dólar, en comunidades predominantemente Hispanas/Latinas.

Además, CETPA proporcionó entrevistas de radio en español de treinta minutos a una hora para educar al público sobre los peligros de los opioides en la comunidad Hispana/Latina. También utilizaron periódicos populares imprimidos en español y en portugués, escribieron artículos e incluyeron anuncios de media página o página completa sobre la epidemia de opioides. También colocaron vallas publicitarias dentro de la comunidad para educar sobre los opioides.

Éxito Comunitario: Asociación con farmacias locales para distribuir bolsas de farmacia con datos e información sobre opioides — CETPA. CETPA implementó otra campaña de prevención innovadora utilizando bolsas farmacéuticas. En asociación con 22 farmacias en cuatro ciudades de Georgia, CETPA trabajo con las farmacias para que las farmacias reemplazaran sus bolsas de medicamentos con la marca de la farmacia por bolsas impresas en español e inglés con información sobre la eliminación segura y el uso de opioides. Cada bolsa con información sobre opioides también incluía un código QR para el sitio web del estado sobre eliminación segura de medicamentos para el estado. Cada condado de Georgia tiene al menos un sitio de eliminación seguro. Imprimieron más de 200.000 bolsas con la información de los opioides. Las farmacias y los clientes respondieron favorablemente a esta campaña y la información transmitida.

3. Formar asociaciones diversas: *"Los profesionales exitosos se conectan con organizaciones comunitarias."*

Los informantes clave subrayaron la importancia de involucrar a los residentes, líderes y organizaciones de la comunidad para abordar la crisis de opioides. Las alianzas y colaboraciones multisectoriales entre expertos de la comunidad y profesionales de la salud son esenciales.

Generar confianza es fundamental para desarrollar asociaciones. Para las familias Hispanas/Latinas de estatus mixto, los temores sobre la separación y la deportación dificultan la confianza en entidades gubernamentales e instituciones de salud. Estas familias buscan aliados de confianza, muchos de ellos son organizaciones comunitarias enfocadas en Hispanos/Latinos, con una gran cantidad de personal Hispano/Latino y donde el español se habla ampliamente, que estén dispuestos a brindar servicios de educación, servicios legales, servicios de salud y otros servicios necesarios.

Los Hispanos/Latinos se conectan con el tratamiento por abuso de sustancias a través de diferentes vías, que incluyen atención primaria, departamentos de emergencia (ED), escuelas, comunidades religiosas y servicios específicos para grupos étnicos. Como señaló un informante clave, *"la gente está llamando a las organizaciones comunitarias; confiando en redes informales, como guarderías, peluquerías, programas extracurriculares, los centros de YMCA, el personal de los Parques y Centros de Recreación Públicos, especialmente para los jóvenes sin hogar."*

Éxito Comunitario: Conectando y educando a las pequeñas organizaciones comunitarias sobre los opioides — Ser Familia. Los informantes clave señalaron que muchas familias Hispanas/Latinas son familias de clase trabajadora cuyos horarios de trabajo no son compatibles con las horas disponibles en las clínicas de salud mental y tratamiento de adicción. Como resultado, las personas que deseen buscar servicios no pueden hacerlo debido a la falta de flexibilidad en las horas de servicio.

Como indicó un informante clave, *"El horario típico de las clínicas no funciona para los clientes, cambiamos nuestro horario de 8 AM. A 8 PM. Y los sábados de 8 AM a 3PM."* Además, muchas organizaciones comunitarias que no brindan servicios de salud mental y adicciones han notado que no saben dónde referir a los clientes para el tratamiento por uso de opioides u otros servicios de salud mental: *"la fuerza laboral que trata a las comunidades Latinas necesita información, la comunidad necesita la información, la comunidad todavía está en la oscuridad sobre la epidemia de opioides."* Para abordar estos problemas, Ser Familia, una organización comunitaria que provee servicios de salud mental en Georgia, está coordinando reuniones entre pequeñas agencias de servicios Hispanos/Latinos para crear redes informales de organizaciones comunitarias. Estas redes están siendo capacitadas y educadas en español por el personal de Ser Familia con información salud la salud mental y las adicciones. Muchas de estas organizaciones comunitarias expresaron interés en obtener información y asistencia sobre el uso de opioides. Ser Familia está ayudando a estas organizaciones comunitarias más pequeñas enseñándoles cómo identificar el problema, intervenir y conectar a los clientes con el tratamiento.

Éxito Comunitario: Capacitación de miembros de la comunidad para administrar Naloxona — La Asociación Nacional Latina de Salud Mental y Adicciones (NLBHA). Existe un conocimiento desigual en la comunidad Hispana/Latina sobre la Naloxona y su uso para revertir una sobredosis de opioides. Trabajando en comunidades en Nuevo México con una alta proporción de las poblaciones Hispanas/Latinas e Indígenas Americanas, la NLBHA se asocia con proveedores locales de salud mental y trastornos por adicciones para brindar capacitaciones en español e inglés para enseñar a los miembros de la comunidad y las familias cómo administrar Naloxona.

4. Utilizar a las escuelas: *"Un Oficial de Enlace Familiar, en las escuelas con grandes poblaciones Latinas, es un empleado Latino, quien sirve como intérprete, organiza los servicios, se convierte en 'todo' para las familias."*

El contexto social y comunitario es fundamental para muchas familias Hispanas/Latinas, especialmente debido a la aculturación y las barreras del idioma asociadas con la inmigración. Los inmigrantes recién llegados a menudo tienen dificultades para adaptarse a una nueva cultura, y el idioma suele citarse como una barrera para buscar y acceder servicios. Los lazos sociales y comunitarios creados a través de las escuelas brindan espacios seguros para que las familias Hispanas/Latinas obtengan información y busquen servicios. Los informantes clave señalaron que el miedo a la deportación o el encarcelamiento inhibe a las familias Hispanas/Latinas de comunicarse con la policía, los servicios sociales o el sistema de atención médica para obtener servicios relacionados con los opioides. Un informante clave señaló: *"[Existe] un miedo tremendo que las familias experimentan y [una] falta de voluntad para buscar ayuda ahora. Una sensación de miedo es quedarse corto; [es] pánico absoluto. [Hay] padres con preocupaciones sobre el uso de sustancias y los problemas de depresión. En [los] últimos años, el miedo ha aumentado, [y] se ha manifestado de manera poco saludable. Es peligroso para la comunidad. Si un niño está consumiendo, no buscará ayuda. Aislará a la familia de la comunidad y [su] sistema de apoyo. Si las autoridades intervienen, estarán en peligro debido a [su] situación migratoria."* Por lo tanto, las instituciones sociales y comunitarias en las que se confía se convierten en navegantes para ayudar a las familias Hispanas/Latinas en la epidemia de opioides.

Éxito Comunitario: Aprovechamiento de los "Oficiales de Enlace Familiar" para involucrar a los padres y a los jóvenes en la educación sobre los opioides — CETPA. Los programas escolares de prevención para los jóvenes se están implementando en Georgia a través de asociaciones entre organizaciones comunitarias y escuelas enfocadas en jóvenes Hispanos/Latinos, que dependen del "Oficial de Enlace Familiar" de las escuelas, un empleado escolar bilingüe es responsable por conectar a las familias Hispanas/

Latinas con información y servicios de la escuela — para involucrar a los padres y motivarlos a asistir. Los Oficiales de Enlace Familiar a menudo se convierten en la persona de confianza a la que los padres acuden en busca de consejo y apoyo con respecto a los problemas familiares y educativos relacionados con sus hijos. Estos Oficiales de Enlace Familiar se reclutan en la comunidad a la que sirven, de manera similar a las promotoras y los trabajadores de salud comunitarios.

CETPA se asoció con las escuelas para brindar educación a las familias sobre los opioides, los peligros del uso indebido y otros temas relevantes. La participación exitosa de los padres fue a resultado de varios factores como la flexibilidad en el tiempo, la provisión de comida y cuidado de los niños durante las reuniones y, lo más importante, el contacto persistente de los oficiales de enlace familiar. La repetida comunicación, los recordatorios y el contacto personal en español por parte de los oficiales de enlace familiar y el apoyo activo y visible de los directores de las escuelas contribuyeron a la participación activa de las familias Hispanas/Latinas. En promedio, asistieron a cada una de estas reuniones entre sesenta y ochenta padres.

5. Aprovechar de la importancia de las organizaciones religiosas: *"La iglesia es la última institución en pie para brindar apoyo [y tiene un] papel históricamente importante en circunstancias extremas."*

Las organizaciones religiosas pueden ser socios claves para abordar la crisis de los opioides para muchos Hispanos/Latinos, donde la fe es un componente central de su cultura.[33] Para algunas comunidades, las instituciones religiosas actúan como el lugar principal de ayuda para una variedad de preocupaciones sociales y de salud. El grado en que las instituciones religiosas colaboran con los profesionales médicos y de salud mental para abordar las necesidades de atención médica varía ampliamente. Es posible que algunas comunidades religiosas aún no acepten que el trastorno por consumo de opioides es una enfermedad crónica, y la perciben como una falla moral, mientras que otras pueden asociarse con médicos clínicos y de salud mental y trastorno de adicciones para administrar MAT (un tratamiento efectivo para la adicción de opiodes). Mientras algunos aún participan activamente en el apoyo a la recuperación, todo el potencial de las comunidades religiosas para motivar a las personas a buscar ayuda para trastornos por consumo de opioides permanece sin ser aprovechado. En particular, conectarse con los líderes religiosos en las comunidades Hispanas/Latinas para actuar como "mensajeros de confianza" para ayudar a vincular a las personas con trastorno por consumo de sustancias con el tratamiento puede ser una vía clave para cuidar a algunos Hispanos/Latinos.

Éxito Comunitario: Asociación con la iglesia para proporcionar tratamiento y servicios de salud - Project Hospitality. En la ciudad de Staten Island, en el estado de Nueva York, una organización comunitaria interreligiosa, Project Hospitality ha estado atendiendo a las poblaciones vulnerables y a los inmigrantes en su comunidad por décadas. La clínica de salud mental y trastorno por adicciones de Project Hospitality se asocia con una iglesia local para brindar tratamiento para trastornos por consumo de opioides a una población significativa de Hispanos/Latinos. Project Hospitality contrata a un médico para ofrecer MAT, en particular Suboxone, en las instalaciones de la iglesia. Aunque esta ha sido una asociación importante y un paso crítico en el tratamiento, siguen existiendo varios desafíos, incluyendo la falta de fondos para la coordinación de la atención



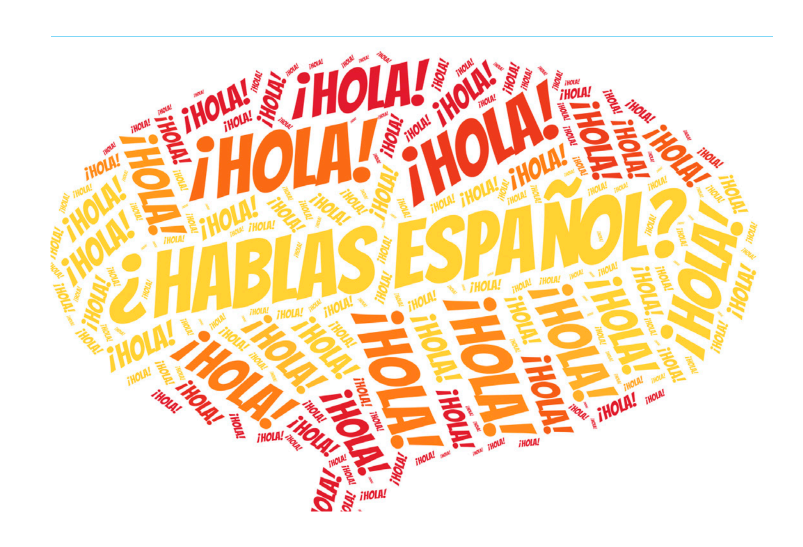
entre los equipos de atención de salud mental y adicciones y de atención primaria de salud, la falta de personal para administrar los problemas de facturación y reembolso, y la falta de fondos para prevención de recaídas. *"No hay financiación para la prevención de recaídas. Después del tratamiento, el paciente llega al hospital con una sobredosis, una recaída. Muchos pacientes están muriendo en este proceso."* A pesar de estos desafíos, Project Hospitality continúa garantizando que los pacientes reciban las herramientas y los recursos para continuar su recuperación y mantener su salud al vincularlos con servicios y apoyos adicionales de salud, legales y sociales en la comunidad.

6. Construir una fuerza laboral bilingüe, culturalmente consciente y respetuosa: *"Ser culturalmente consciente ... requiere más que didáctica"*

Las comunidades saben que cuando las personas se sienten bienvenidas, comprendidas y cómodas, es más probable que continúen el tratamiento. En muchas situaciones, es importante que el personal de los centros de tratamiento reflejen la comunidad que sirven. Cuando los Hispanos/Latinos toman la difícil decisión de ingresar al tratamiento, a menudo no verán a ningún miembro del personal en el centro de tratamiento que comparta un trasfondo cultural similar a ellos. Abordar la escasez de personal médico Hispano/Latino al que se renuncia para recetar Buprenorfina puede reducir la inequidad en el acceso a medicamentos con base científica Además, es fundamental reclutar y capacitar a una fuerza laboral diversa y bilingüe y crear estructuras de financiación factibles para pagarle a esta fuerza laboral crítica.

Persuadir a alguien para que inicie un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias no es sencillo. Es importante considerar el contexto en el que vive una persona con trastorno por consumo de sustancias. Es igualmente importante considerar los desafíos que pueden evitar que una persona con trastorno por consumo de sustancias ingrese al tratamiento. Las personas a menudo no están familiarizadas o desconfían de los recursos que existen para trastornos por consumo de sustancias. No saben a quién pedir ayuda ni qué pedir, o tienen un fuerte sentido de creencia de que nadie se preocupa por ellos. Ir físicamente a donde están las personas, conectarse con ellas, brindarles atención y esperanza auténtica, especialmente en su propio idioma, facilita la vinculación con proveedores confiables de tratamiento y recuperación. Aprovechar la experiencia, la pericia y la familiaridad de los trabajadores de salud de la comunidad y aquellos con experiencia vivida de tener un trastorno por consumo de opioides, como los entrenadores de recuperación de pares, puede ser fundamental para involucrar a una persona en el tratamiento.

Además, los informantes clave mencionaron continuamente la brecha extrema en la capacidad bilingüe de la fuerza laboral de salud mental y la necesidad urgente de más proveedores de salud conductual que hablen español y portugués en los EE. UU. Como dijo un informante clave, *"Con los Latinos, lo primero que viene a la mente es el lenguaje. Hay muchos hispanohablantes, es increíble que solo tengamos un programa de hospitalización para la población Latina, con 29 camas."* Mientras que otro proveedor de tratamiento de salud conductual compartió: *"Recuento más reciente: 700.000 Latinos en el área metropolitana de Atlanta. Contamos con 70 terapeutas bilingües con licencia; 4 psicólogos, 5 psiquiatras que hablan español. Tremenda disparidad. Negligencia criminal, sin deseo de crear la capacidad; abogando en todos los foros ... nadie respondiendo."*



Éxito Comunitario: Trabajando con entrenadores de recuperación de pares — Proyecto RECOVER. En la ciudad de Boston, se están utilizando entrenadores de recuperación de pares con la supervisión continua de un supervisor de entrenadores de recuperación para vincular, involucrar y retener a las personas con un trastorno por consumo de opioides en tratamientos ambulatorios con apoyo de medicamentos durante al menos seis meses después de completar la desintoxicación. La literatura reciente muestra que la transición después de la finalización de la desintoxicación es un punto de contacto crítico con un riesgo elevado de mortalidad relacionada con los opioides.[80] A través de una serie de intervenciones que incluyen entrevistas motivacionales, apoyo para la recuperación de pares y manejo de casos basado en fortalezas y desarrollo de la recuperación, planes de bienestar, los entrenadores trabajan con las personas para abordar las barreras percibidas para la recuperación. Los entrenadores de recuperación de pares ayudan a vincular a las personas con los servicios de atención primaria enfocados en trastornos por consumo de sustancias donde pueden obtener atención integral, por ejemplo, detección, tratamiento y derivación para trastornos de salud mental y enfermedades crónicas relacionadas con las inyecciones, como el VIH y la hepatitis B y C. Lo más importante es que los entrenadores de recuperación de pares brindan educación sobre la prevención de sobredosis y distribución y capacitación de naloxona a todos los clientes y miembros cercanos de su red social.

En este modelo, los entrenadores de recuperación de pares son de la comunidad Hispana/Latina o Negra/Afroamericana y son personas con una experiencia vivida de un trastorno por consumo de sustancias que se encuentran en recuperación a más largo plazo. La elegibilidad para ser un entrenador de recuperación entre pares requiere estar en recuperación por al menos dos años y completar una capacitación intensiva de cinco días que incluye cursos sobre entrevistas motivacionales; consideraciones éticas; trastorno por consumo de sustancias 101; conciencia cultural y capacidad de respuesta: conocer el lenguaje "callejero" utilizado; planes de recuperación de bienestar; y vínculos con los recursos comunitarios, como la vivienda y la atención primaria para abordar las enfermedades infecciosas relacionadas. Los entrenadores de recuperación de pares deben completar 500 horas de trabajo de entrenador de recuperación de pares con 35 horas bajo la supervisión de un supervisor de entrenador de recuperación de pares. Una vez que se cumple con la elegibilidad, son certificados por el estado de Massachusetts y sus servicios son facturables.

Los entrenadores de recuperación entre pares son fundamentales en el alcance y la participación, conocen a la comunidad, conocen los recursos y son capaces de comunicarse de manera efectiva, y pueden aprovechar sus propias experiencias de trastorno por consumo de sustancias y recuperación. Desarrollan una conexión única con el cliente. Como señaló un informante clave: *"La fortaleza clave es que nosotros [los entrenadores de recuperación] entendemos la adicción, pasamos por las mismas cosas ... El entrenador de recuperación está ahí para apoyar y dar orientación. Los conectamos con MAT, ayudamos con la búsqueda de empleo, solicitudes de vivienda; si recae, el entrenador de recuperación está ahí para ayudarlo a recuperarse todo el tiempo; a veces podemos pasar cuatro horas al día para llevarlos a las citas y ayudarlos con el transporte ... podemos sentarnos con usted 3 horas en la sala del tribunal. ¿Cuántos profesionales pueden hacer eso?"*

Los entrenadores de recuperación de pares reconocen que la comunidad Latina abarca diferentes grupos que requieren diferentes enfoques culturales. Un informante clave describió la participación de una persona en recuperación y dijo: *"Intento indagar en sus antecedentes culturales. A veces usan palabras que son diferentes para mí. Les pregunté qué significa esa palabra porque en mi país esa palabra significa esto. Necesita hablar el mismo idioma, las personas responden cuando intenta aprender su cultura y ve que lo está intentando. Todos somos Latinos, pero hablamos de manera*

diferente. Haga la tarea ... Debe ser muy consciente.”

Éxito Comunitario: Fortalecimiento de capacidades a través de trabajadores comunitarios de salud — Unidad de Investigación sobre Disparidades en Boston. Otra estrategia prometedora para la prevención de opioides en las comunidades Hispanas/Latinas es el uso de trabajadores comunitarios de salud (TCS) para dirigir intervenciones psicosociales. Los TCS pueden ayudar a las personas a aprender y a practicar habilidades que son útiles para la recuperación de la adicción, como la reestructuración cognitiva, la atención plena, la activación conductual, el manejo de los antojos y el cambio de pensamiento negativo. En Boston, la Unidad de Investigación sobre Disparidades del Massachusetts General Hospital está poniendo a prueba una intervención manual para personas con trastornos de salud mental y por uso de sustancias que es impartida por los TCS y está disponible en inglés, español, mandarín y cantonés. Los TCS en este programa son personas de la comunidad que tienen un título de asociado o licenciatura, son bilingües y demuestran buenas habilidades de participación. Su capacitación incluye 20 horas iniciales de teoría y juego de roles con supervisores clínicos y supervisión clínica semanal continúa. La intervención en la Unidad Sobre Investigación de Disparidades se basa en la terapia cognitiva conductual y las técnicas de atención plena, e involucra sesiones individuales de diez a doce horas de duración con TCS. Los TCS también ayudan a los clientes a navegar por diferentes sistemas para recibir otros servicios según sea necesario. Los beneficios de las intervenciones dirigidas por los TCS se extienden mucho más allá de la asequibilidad y la accesibilidad. Como señaló un cliente, *“los TCS son vistos como iguales, por lo que la confianza y el compromiso son mejores que con los profesionales de la salud. Hay una sensación de “ella es como yo, me entiende, viene del mismo lugar, habla el mismo idioma”. Estoy adquiriendo habilidades de una persona en la que realmente confío.”*

Éxito Comunitario: desarrollo de una canalización hacia una fuerza laboral bilingüe — CETPA. CETPA ha implementado un enfoque innovador para desarrollar la capacidad de la fuerza laboral bilingüe de salud mental. Reconociendo la escasez de personas de habla hispana y portuguesa en la cartera de trabajadores de salud mental en los EE. UU., ha estado reclutando activamente profesionales de la salud mental de países latinoamericanos e identificando a los profesionales recién inmigrantes y apoyándolos a través del proceso de licenciatura en los EE. UU. CETPA ha aumentado su capacidad de dos consejeros licenciados bilingües a 40 en dos décadas.

7. Desarrollar programas de prevención y tratamiento cultural y lingüísticamente apropiados: *“Necesitamos tener el tratamiento disponible para los Latinos y adaptado a los Latinos.”*

Para reducir el uso indebido de opioides y las muertes por sobredosis en las comunidades Hispanas/Latinas, será necesario mejorar el acceso a servicios de prevención y tratamiento de calidad que se puedan brindar en el idioma, que sean culturalmente significativos y que se brinden en un entorno culturalmente receptivo.

El entorno de tratamiento puede influir en si la persona permanece en tratamiento o si lo finaliza prematuramente. Es necesario generar confianza y comodidad para lograr una participación óptima en el tratamiento. Ver a personas que comparten una cultura similar es un primer paso necesario, pero construir una relación de confianza es primordial.[81] La comida, el personal y la decoración de las instalaciones que son acogedoras y transmiten un sentido de familiaridad cultural facilitan la participación en el tratamiento. Como compartió un informante clave sobre el proceso de recuperación, *“encontré a alguien que me inspiró, que me contó su historia… me tomó bajo su protección y me mostró que es posible. Probé dos otros programas que eran para personas que no hablaban español. No entendía parte del programa en absoluto porque no hablaba inglés. La comida era totalmente diferente a lo que estoy acostumbrado a comer. En el programa*

Latino hablaban mi idioma y tenían la comida con la que me criaron." El personal de un centro de tratamiento que valora y respeta la cultura, transmite empatía, compasión y respeto cultural en su enfoque, es más probable que generen confianza con el cliente. Sin esto, algunas personas Hispanas/Latinas que buscan tratamiento pueden sentirse rápidamente ofendidas, avergonzadas o incómodas y pueden optar por desconectarse del tratamiento.

Éxito Comunitario: Implementación de Familia Adelante — Amistades, Inc. En comunidades sobre todo el país, las organizaciones culturalmente específicas están liderando el camino para brindar intervenciones étnicas específicas para personas Hispanas/Latinas. Un ejemplo es Amistades, Inc. en Tucson, Arizona, que es una organización comunitaria liderada por Latinos y que sirve a Latinos y se enfoca en brindar servicios de prevención culturalmente receptivos. Amistades, Inc. promueve prácticas con base científica y, desde el 2015, ha estado implementando Familia Adelante, un programa emergente con base científica diseñado para reducir los comportamientos de riesgo múltiples en adolescentes Hispanos/Latinos y sus padres.[82] Amistades, Inc. abogó por sus programas de prevención para jóvenes, los cuales son adaptados culturalmente, y aseguraron fondos para el programa por medio de la Comisión de Padres de Arizona sobre la Educación y la Prevención de Drogas de la Oficina del Gobernador Para la Juventud, la Fe y la Familia. Familia Adelante se enfoca en desarrollar habilidades de afrontamiento y vida tanto en los jóvenes como en los padres, mejorar la comunicación entre los jóvenes y la familia, prevenir/reducir el abuso de sustancias y aumentar el conocimiento de los comportamientos de alto riesgo. Incluye áreas de enfoque relevantes para las poblaciones Hispanas/Latinas, tales como lidiar con el estrés aculturativo y los problemas de inmigración. El programa se ofrece en español e inglés. Las evaluaciones han mostrado resultados positivos en la autoestima de los jóvenes, el rendimiento escolar, la conducta general, una mejor comunicación y percepción del daño por abuso de sustancias, y reducciones en el uso de drogas en los últimos 30 días y otras conductas de riesgo. Amistades, Inc. ha implementado Familia Adelante con 300 familias, lo que ha dado como resultado una mayor percepción de riesgo y daño de los jóvenes asociados con el abuso de sustancias y una disminución de las actitudes favorables hacia el abuso de sustancias. La satisfacción de los padres con el programa Familia Adelante ha sido constantemente calificada como muy alta, mayor del 90 por ciento (> 90%).

Éxito Comunitario: Adaptando a las necesidades de la comunidad — CETPA. Como señaló un informante clave, *"el medio ambiente tiene que ser atractivo."* CETPA evalúa periódicamente las necesidades de su comunidad y considera los comentarios de los clientes. Muchas familias se comunicaron con CETPA informándoles que no podían buscar atención a los servicios durante el horario comercial disponible debido a conflictos en el horario de trabajo y la falta de tiempo libre remunerado para ver al médico durante el horario laboral. Como resultado, CETPA modificó su horario comercial para agregar períodos de tiempo más flexibles, incluyendo horarios más tempranos y los fines de semana que permitirían a las familias trabajadoras Hispanas/Latinas venir fuera del horario tradicional. Los Hispanos/Latinos a menudo viven en familias con varias generaciones[41] y llevan a varios miembros de la familia a las citas. En consecuencia, CETPA amplió los pies cuadrados del vestíbulo para acomodar un mayor volumen de personas. Además, notaron que los niños a menudo llegaban a su clínica con problemas de trauma, por lo que crearon un área de juego para niños separada en el vestíbulo, lejos de los adultos que esperaban ser vistos. Estos cambios crearon un ambiente más acogedor.

8. Enlace a la atención primaria: "*Devolverlos a los servicios médicos de atención primaria para abordar otras afecciones médicas crónicas afectadas por los trastornos por consumo de opioides."*

La escasez de profesionales de la salud mental y trastornos de adicción es una barrera importante para brindar un tratamiento adecuado y de

calidad a las personas que viven con trastornos por consumo de opioides. Los proveedores de atención médica están implementando modelos creativos que aprovechan la experiencia de los profesionales de la atención primaria, la medicina de emergencia y los especialistas en adicciones. La integración de la salud mental y la atención primaria está ocurriendo cada vez más en muchos centros de salud calificados a nivel federal. El vínculo entre la medicina de emergencia y los proveedores de tratamiento de atención primaria o trastornos por consumo de opioides para las personas que tienen un trastorno por consumo de opioides está aumentando de manera similar con el reconocimiento de que una visita al departamento de emergencias es un "momento caliente" u oportunidad para vincularse con un tratamiento de salud mental. Sin embargo, los profesionales de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias que hablan español son limitados. Por ejemplo, los profesionales bilingües que pueden proporcionar MAT o que no pueden proporcionar Buprenorfina tienen una gran demanda debido a una grave escasez. Un informante clave señaló que *"hay una gran cantidad de Suboxone, recetas y otras cosas. No veo a muchos médicos con las exenciones que puedan recetar, y luego, para la población Latina, hay algunos que saben algo de inglés pero no con fluidez. Se comprenden mejor estos problemas en su idioma. No he visto ningún movimiento dirigido a la población Latina."*

Éxito Comunitario: Adaptación del Programa de entrenamiento para profesionales de la salud de detección, intervención breve y referencia a tratamiento (SBIRT en inglés) en Nuevo México. SBIRT es un enfoque basado en la evidencia que se usa ampliamente en entornos de atención primaria para evaluar a las personas por el uso de alcohol y drogas de riesgo o un trastorno por consumo de sustancias existente. El estado de Nuevo México fue financiado por SAMHSA para implementar SBIRT en centros de salud comunitarios en condados rurales y fronterizos. Con el fin de hacer que la evaluación SBIRT sea más receptiva cultural y lingüísticamente a los pacientes Hispanos/Latinos, los instrumentos de evaluación se tradujeron al español; el programa contrató profesionales bilingües y proporcionó al personal del centro de salud con capacitación en competencia cultural. El programa SBIRT de Nuevo México evaluó a más de 50.000 adultos en una variedad de entornos de atención médica, incluyendo aquellos que atienden principalmente a poblaciones Hispanas/Latinas e Indígenas Estadounidenses, y actualmente se utiliza en seis sitios en todo el estado.

Éxito Comunitario: Proporcionar tratamiento a comunidades culturalmente diversas a través de centros de salud calificados a nivel federal — El Centro Family Health. El Centro Family Health, una red de centros de salud calificados a nivel federal, brinda servicios integrados de salud primaria y salud mental cultural y lingüísticamente receptivos a comunidades predominantemente Hispanas/Latinas en las zonas rurales del norte de Nuevo México. El Centro brinda una serie de servicios para abordar el uso indebido y la sobredosis de opioides en las poblaciones a las que atiende, incluyendo MAT para personas dependientes de opioides y un programa de promotores de salud, que brinda capacitación en la administración de Naloxona para reducir las muertes por opioides en comunidades Hispanas/Latinas. Además, su proyecto Semillas de Esperanza utiliza especialistas en apoyo de recuperación de pares para ayudar a las personas en la recuperación de trastornos por consumo de opioides.

Éxito Comunitario: Aumento de las competencias de proveedores — Proyecto ECHO (en español reconocido como Extensión para los Resultados de la Atención Medica Comunitaria) El proyecto ECHO, desarrollado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo México, brinda capacitación en atención médica especializada utilizando un modelo educativo novedoso de redes interdisciplinarias basadas en equipos diseñadas para apoyar a los profesionales de salud en el tratamiento de pacientes con afecciones complejas en sus comunidades de origen. Al aplicar un modelo de 'centro y radio', los profesionales de la salud (enfermeras, asistentes médicos, médicos de atención primaria, promotores de salud y

consejeros) son “portavoces” y se combinan con médicos especializados (los centros) que tienen conocimiento experto en una variedad de afecciones complejas incluyendo trastornos por consumo de opioides. El centro, en este caso especialistas en trastorno por consumo de sustancias, orienta a los “portavoces” que a menudo tienen escasez de médicos especializados en sus áreas geográficas. El Proyecto ECHO proporciona un modelo innovador para capacitar a profesionales de la salud que sirven principalmente a poblaciones desatendidas de difícil acceso. Derivado del Proyecto ECHO, los programas TeleECHO se están desarrollando para abordar la crisis de los opioides. Los programas de TeleECHO están diseñados para profesionales de salud que buscan información y consultas sobre el dolor crónico y el manejo de opioides y MAT. Algunos de estos programas también están dirigidos a los trabajadores de salud comunitarios/trabajadores de apoyo entre pares y los equipos de primera respuesta que trabajan con poblaciones desatendidas con trastornos por consumo de opioides.



Avanzando

Las comunidades Hispanas/Latinas en los EE. UU. enfrentan desafíos únicos relacionados con la crisis de los opioides. Navegar por identidades biculturales y multiculturales, enfrentar diferencias intergeneracionales e interculturales dentro de los hogares, lidiar con las barreras del idioma, manejar el trauma y el estrés relacionado con la migración y la discriminación, y proteger a los jóvenes de participar en conductas de riesgo son algunos de los problemas que enfrentan las comunidades Hispanas/Latinas. Reconocer estos problemas contextuales y reconocer la heterogeneidad dentro de la población Hispana/latina es esencial para desarrollar servicios de prevención, tratamiento y recuperación culturalmente sensibles.

La crisis de los opioides, al igual que otros problemas de salud pública, requiere asociaciones y colaboraciones entre organizaciones y sectores de servicios y entre culturas. Si bien esta es una crisis nacional, también es una crisis de comunidad a comunidad cuyas soluciones dependen no solo de la política y los recursos nacionales, sino de las voces, experiencias y prácticas culturales de los residentes y líderes de las comunidades Hispanas/Latinas. Las prácticas de prevención y tratamiento con base científica junto con las prácticas de participación y divulgación impulsadas por la cultura representan una asociación preparada para abordar la crisis de opioides en las poblaciones Hispanas/Latinas y restablecer comunidades saludables.

Glosario

Fentanilo: un opioide sintético, aprobado para tratar el dolor intenso, generalmente el dolor por cáncer avanzado. Es de 50 a100 veces más potente que la morfina. Sin embargo, el fentanilo elaborado ilegalmente se vende a través de los mercados de drogas ilícitas por su efecto similar al de la heroína, y a menudo se mezcla con heroína u otras drogas, como la cocaína, o se presiona para falsificar pastillas recetadas.

Heroína: droga opioide ilegal y altamente adictiva procesada a partir de morfina y extraída de ciertas plantas de amapola.

Metadona: un opioide sintético que se puede recetar para reducir el dolor o para su uso en MAT para el trastorno por consumo de opioides. Para MAT, la Metadona se usa bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica.

Opioides naturales: un grupo de opioides que incluyen medicamentos como morfina y codeína.

Uso indebido de opioides: cualquier uso indebido de opioides recetados (también llamados analgésicos recetados) o el uso de heroína (y opioides sintéticos según la fuente de datos). El uso indebido de opioides recetados es el uso de un opioide recetado de cualquier forma no indicada por un médico, incluso sin una receta propia; utilizar en mayores cantidades, con más frecuencia o durante más tiempo de lo indicado; o usar de cualquier otra manera no indicada por un médico. A veces también se denomina "uso de opioides recetados sin receta médica" o "uso indebido de analgésicos recetados," según la fuente de datos, y se refiere únicamente al uso indebido de opioides recetados.

Trastorno por consumo de opioides: tener un trastorno por consumo de heroína (es decir, dependencia o abuso) o un trastorno por consumo de analgésicos relacionado con el uso indebido de analgésicos recetados en el último año, o si tenían ambos trastornos.
Uso de opioides: cualquier uso de opioides recetados, heroína u opioides sintéticos (por ejemplo, fentanilo).

Muerte por sobredosis relacionada con opioides: muerte a resultado de una sobredosis no intencional o intencional involucrando un opioide.

Opioides recetados: los opioides son un grupo de medicamentos químicamente similares que incluyen analgésicos recetados como hidrocodona (por ejemplo, Vicodin®), oxicodona (por ejemplo, OxyContin®), morfina y otros. A veces se les llama "analgésicos opioides recetados" o "analgésicos recetados" según la fuente.

Opioides semisintéticos: un grupo de opioides que incluye medicamentos como oxicodona, hidrocodona, hidromorfona y oximorfona. Opioides sintéticos distintos de la

Opioides sintéticos distintos de la Metadona: un grupo de opioides que incluye medicamentos como fentanilo, análogos de fentanilo y tramadol

Recursos

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) Reducción de los daños causados por el uso de drogas inyectables y el trastorno por uso de opiáceos con programas de servicios de jeringuillas (Hoja de información)
Inglés: https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/cdchiv-fs-syringe-services.pdf

Prevención de la Sobredosis de Opioides Manual de Instrucción (Caja de herramientas)
Español: https://store.samhsa.gov/product/Opioid-Overdose-Prevention-Toolkit-Spanish-/SMA18-4742SPANISH
Inglés: https://store.samhsa.gov/product/Opioid-Overdose-Prevention-Toolkit/SMA18-4742

SAMHSA Consejo 63: Medicamentos para el trastorno por uso de opiáceos (Protocolo para mejorar el tratamiento)
Inglés: https://store.samhsa.gov/product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Document/PEP20-02-01-006

SAMHSA Guía clínica para el tratamiento de mujeres embarazadas y madres con trastorno por uso de opiáceos y sus bebés (Guía clínica)
Inglés: https://store.samhsa.gov/product/Clinical-Guidance-for-Treating-Pregnant-and-Parenting-Women-With-Opioid-Use-Disorder-and-Their-Infants/SMA18-5054

SAMHSA Uso de tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por uso de opiáceos en el ámbito de la justicia penal (Guía de recursos)
Inglés: https://store.samhsa.gov/product/Use-of-Medication-Assisted-Treatment-for-Opioid-Use-Disorder-in-Criminal-Justice-Settings/PEP19-MATUSECJS

SAMHSA Barómetro de Salud del Comportamiento, Volumen 5 (Informe de datos nacionales)
Inglés: https://store.samhsa.gov/product/Behavioral-Health-Barometer-Volume-5/sma19-Baro-17-US

SAMHSA Red del Centro Nacional de Transferencia de Tecnología para la Prevención de los Hispanos y los Latinos (sitio web)
Inglés: https://pttcnetwork.org/centers/national-hispanic-latino-pttc/home

SAMHSA Red de Centros de Transferencia de Tecnología de Prevención (sitio web)
Inglés: https://attcnetwork.org/centers/national-hispanic-and-latino-attc/home

SAMHSA Red Nacional de Centros de Transferencia de Tecnología para la Salud Mental de los Hispanos y los Latinos (sitio web)
Inglés: https://mhttcnetwork.org/centers/national-hispanic-and-latino-mhttc/home

SAMHSA Consejo 59: Mejorando la competencia cultural (Protocolo para mejorar el tratamiento)
Inglés: https://store.samhsa.gov/product/TIP-59-Improving-Cultural-Competence/SMA15-4849

Estándares Nacionales de Servicios Culturales Lingüísticamente Apropiados (CLAS, por sus siglas en inglés) en la salud y la atención médica
Español: https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/CLASStandardsSpanish.pdf (estándares)
Inglés: https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas (sitio web)

Recursos para una comunicación eficaz con un dominio limitado del inglés (LEP) (sitio web)
Inglés: https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/special-topics/hospitals-effective-communication/limited-english-proficiency/index.html

Oficina de Salud de las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Mejora de la competencia cultural de los profesionales de la salud conductual (Programa de e-learning de educación continua)
Inglés: https://thinkculturalhealth.hhs.gov/education/behavioral-health

Consejo Nacional de Interpretación en la Atención de la Salud (sitio web) Inglés: https://www.ncihc.org/certification

La Junta Nacional de Certificación de Intérpretes Médicos (Sitio web) Inglés: https://www.certifiedmedicalinterpreters.org/

Comisión de Certificación para Intérpretes de Atención Médica (Sitio web) Inglés: https://cchicertification.org/

Asociación Americana de Psicología La Guía de los Opiáceos: Una guía de recursos para psicólogos en ejercicio (Guía de recursos)
Inglés: https://www.div12.org/wp-content/uploads/2019/03/ORG-Fnal-2019_0205.pdf

Consejo Nacional para la Salud del Comportamiento Mejora de la Salud de los Adolescentes: Facilitar el cambio para la excelencia en el SBIRT (Paquete de guía de recursos)
Inglés: https://www.ysbirt.org/

El Consejo Nacional de Salud del Comportamiento está implementando el cuidado para el uso de alcohol y otras drogas en ambientes médicos: Una extensión del SBIRT (Guía de recursos)
Inglés: https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2018/03/021518_NCBH_ASPTReport-FINAL.pdf?daf=375ateTbd56

Referencias

1. Scholl L, Seth P, Kariisa M, Wilson N, Baldwin G. Drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2013–2017. Morbidity and Mortality Weekly Report 67(5152):1419. [internet]. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2019 Jan 4 [cited 2020 May 28]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm675152e1

2. Hedegaard H, Miniño AM, Warner M. Drug overdose deaths in the United States, 1999-2018. NCHS Data Brief No. 356. [internet]. Hyattsville, MD; CDC National Center for Health Statistics: 2020 Jan [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/84647

3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Reports and detailed tables from the 2018 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). [internet]. Rockville, MD: SAMHSA Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2019 Aug 20 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www. samhsa.gov/data/nsduh/reports-detailed-tables-2018-NSDUH

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC WONDER [Internet]. Hyattsville, MD: CDC National Center for Health Statistics; 2019 Nov 19 [cited 2020 May 28]. Disponible en: http://wonder.cdc.gov

5. Colby SL, Ortman JM. Projections of the size and composition of the US population: 2014 to 2060. Population estimates and projections. [internet]. Suitland, MD: U.S. Census Bureau; 2015 Mar [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED578934.pdf

6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHDA [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2019 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://datafiles.samhsa.gov/

7. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Monitoring the Future [Internet]. Rockville, MD: NIDA; 2019 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https:// www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/ monitoring-future.

8. Miech R, Johnston L, O'Malley P, Bachman J, Schulenberg J, Patrick M. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2018: Volume I, secondary school students [Internet]. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2019 Jun 1 [cited 2020 May 28]. Disponible en: http:// dx.doi.org/10.3998/2027.42/150622

9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Vital Statistics System [Internet]. Hyattsville, MD: CDC National Center for Health Statistics; 2019 Nov 27 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https:// www.cdc.gov/nchs/nvss/index.htm

10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) [Internet]. Atlanta, GA: CDC National Center for HIV/ AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention; 2018 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.cdc.gov/ healthyyouth/data/yrbs/index.htm.

11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Survey: Data summary and trends report 2007-2017. [internet]. Atlanta, GA: CDC National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention; 2018 Oct 9 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/ trendsreport.pdf

12. Hoots BE, Xu L, Kariisa M, Wilson NO, Rudd RA, Scholl L, et al. 2018 Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes—United States. [internet]. Atlanta, GA: CDC National Center for Injury Prevention and Control; 2018 Aug 31 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2018-cdc-drug-surveillance-report.pdf

13. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 Annual Surveillance Report of Drug-Related Risks and Outcomes—United States. [internet]. Atlanta, GA: CDC National Center for Injury Prevention and Control; 2019 Nov 1 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https:// www. cdc.gov/drugoverdose/pdf/ pubs/2019-cdc-drug-surveillancereport.pdf

14. Jones CM, Einstein EB, Compton WM. Changes in synthetic opioid involvement in drug overdose deaths in the United States, 2010-2016. JAMA [Internet]. 2018 May 1 [cited 2020 May 28];319(17):1819-21. Disponible en: https:// doi.org/10.1001/jama.2018.2844

15. Mattson CL, Schieber L, Scholl L, Rudd RA, Seth P, Xu L, et al. 2017 Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes —United States. [internet]. Atlanta, GA: CDC National Center for Injury Prevention and Control; 2017 Aug 31 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/ cdc/47832

16. Kaiser Family Foundation. Opioid overdose deaths by race/ethnicity [Internet]. San Francisco, CA: Kaiser Family Foundation; 2019 [cited 2020 Feb 28]. Disponible en: https:// www.kff.org/other/state-indicator/ opioid-overdose-deaths-by-raceethnicity/

17. Shah NG, Lathrop SL, Reichard RR, Landen MG. Unintentional drug overdose death trends in New Mexico, USA, 1990–2005: Combinations of heroin, cocaine, prescription opioids and alcohol. Addiction. 2008 Jan [cited 2020 May 28]; 103(1):126-36. Disponible en: https:// www.hri.global/files/2010/08/23/Shah_-_Unintentional_ Drug_Overdose.pdf

18. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Opioid Overdose Crisis [Internet]. Rockville, MD: NIDA; 2020 Apr [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www. drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis

19. Shah A, Hayes CJ, Martin BC. Characteristics of initial prescription episodes and likelihood of long-term opioid use—United States, 2006–2015. Morbidity and Mortality Weekly Report 66(10):265. [internet]. Atlanta, GA; Centers for Disease Control and Prevention. 2017 Mar 17 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657867/

20. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States,

2016. JAMA [Internet]. 2016 Apr 19 [cited 2020 May 28];315(15):1624-45. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2503508

21. Council on Foreign Relations. Demographics of the U.S. Military [Internet]. New York, NY: Council on Foreign Relations; 2018 Apr 18 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.cfr.org/article/demographics-us-military.

22. Hollingshead NA, Vrany EA, Stewart JC, Hirsh AT. Differences in Mexican Americans' prevalence of chronic pain and co-occurring analgesic medication and substance use relative to non-Hispanic White and black Americans: Results from NHANES 1999–2004. Pain Med [Internet]. 2016 Jun [cited 2020 May 28];17(6):1001-9. Disponible en: https://academic.oup.com/painmedicine/article/17/6/1001/1752506

23. Anderson JT, Hunting KL, Welch LS. Injury and employment patterns among Hispanic construction workers. J Occup Environ Med [Internet]. 2000 Feb [cited 2020 May 28];42(2):176-86. Disponible en: https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2000/02000/Risk_Differences_in_Fatal_Occupational_Injuries.16.aspx

24. U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS). Labor force characteristics by race and ethnicity, 2013. [internet]. Washington, DC: BLS; 2014 Aug [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/archive/race_ethnicity_2013.pdf

25. Pletcher MJ, Kertesz SG, Kohn MA, Gonzales R. Trends in opioid prescribing by race/ethnicity for patients seeking care in US emergency departments. JAMA [Internet]. 2008 Jan [cited 2020 May 28];299(1):70-8. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2007.64

26. Craven P, Cinar O, Fosnocht D, Carey J, Carey A, Rogers L, et al. Prospective, 10-year evaluation of the impact of Hispanic ethnicity on pain management practices in the ED. Am J Emerg Med [Internet]. 2014 [cited 2020 May 28];32(9):1055-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.06.026

27. Harrison JM, Lagisetty P, Sites BD, Guo C, Davis MA. Trends in prescription pain medication use by race/ethnicity among US adults with noncancer pain, 2000–2015. Am J Public Health [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28];108(6):788-90. Disponible en: https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2018.304349

28. Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. J Pain [Internet]. 2009 Dec [cited 2020 May 28];10(12):1187-204. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590009007755

29. Joynt M, Train MK, Robbins BW, Halterman JS, Caiola E, Fortuna RJ. The impact of neighborhood socioeconomic status and race on the prescribing of opioids in emergency departments throughout the United States. J Gen Intern Med [Internet]. 2013 [cited 2020 May 28];28(12):1604-10. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3832731/

30. Jackson Y. Encyclopedia of multicultural psychology. Washington, DC: Sage Publications; 2006 Aug 18.

31. Lopez-Tamayo R, Seda A, Jason LA. The role of familismo and acculturation as moderators of the association between family conflict and substance abuse on Latino adult males. Public health (Fairfax) [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 May 28];1(2):48. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354469/

32. McCrady BS, Owens MD, Brovko JM. Couples and family treatment methods. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

33. Pew Research Center. The shifting religious identity of Latinos in the United States [Internet]. Washington, DC: Pew Research Center; 2014 May 7 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.pewforum.org/2014/05/07/the-shifting-religious-identity-of-latinos-in-the-united-states/

34. O'Connor A, Batalova J, Bolter J. Central American Immigrants in the United States [Internet]. Washingotn, DC: Migration Policy Institute; 2019 Aug 15 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.migrationpolicy.org/article/central-american-immigrants-united-states

35. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and

intervention studies. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2017 Aug 25 [cited 2020 May 28];11(1):51. Disponible en: https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-017-0156-0

36. Enriquez LE. Multigenerational punishment: Shared experiences of undocumented immigration status within mixed-status families. J Marriage Fam [Internet]. 2015 [cited 2020 May 28];77(4):939-53. Disponible en: https://escholarship.org/content/qt8mm698k2/qt8mm698k2.pdf

37. Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Dieguez A, Pinto R, et al. Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: A systematic review. J Immigr Minor Health [Internet]. 2015 [cited 2020 May 28];17(3):947-70. Disponible en: https://escholarship.org/content/qt8mm698k2/qt8mm698k2.pdf

38. McGuire S. Borders, centers, and margins: Critical landscapes for migrant health. Adv Nurs Sci [Internet]. 2014 [cited 2020 May 28];37(3):197-212. Disponible en: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/2014/07000/Borders,_Centers,_and_Margins__Critical_Landscapes.6.aspx

39. Ornelas IJ, Hong S. Gender differences in the relationship between discrimination and substance use disorder among Latinos. Subst Use Misuse [Internet]. 2012 Sep 6 [cited 2020 May 28];47(12):1349-58. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3792013/

40. Otiniano Verissimo AD, Gee GC, Ford CL, Iguchi MY. Racial discrimination, gender discrimination, and substance abuse among Latina/os nationwide. Cult Divers Ethn Minor Psychol [Internet]. 2014 [cited 2020 May 28];20(1):43. Disponible en: https://psycnet.apa.org/fulltext/2014-02909-003.pdf

41. Katz C, El-Gabalawy R, Keyes KM, Martins SS, Sareen J. Risk factors for incident nonmedical prescription opioid use and abuse and dependence: Results from a longitudinal nationally representative sample. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2013 Feb 9 [cited 2020 May 28];132(1-2):107-13. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408745/

42. Cohn Dv, Passel JS. A record 604 million Americans live in multigenerational households [Internet]. Washington, DC: Pew Research Center; 2018 Apr 5 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/04/05/a-record-64-million-americans-live-in-multigenerational-households/

43. Cano MÁ, Schwartz SJ, Castillo LG, Romero AJ, Huang S, Lorenzo-Blanco EI, et al. Depressive symptoms and externalizing behaviors among Hispanic immigrant adolescents: Examining longitudinal effects of cultural stress. J Adolesc [Internet]. 2015 Apr 18 [cited 2020 May 28];42:31-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.03.017

44. Perreira KM, Ornelas I. Painful passages: Traumatic experiences and post-traumatic stress among US immigrant Latino adolescents and their primary caregivers. Int Migr Rev [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 May 28];47(4):976-1005. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875301/

45. Potochnick SR, Perreira KM. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: key correlates and implications for future research. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2010 Jul [cited 2020 May 28];198(7):470. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139460/

46. Kam JA, Lazarevic V. The stressful (and not so stressful) nature of language brokering: Identifying when brokering functions as a cultural stressor for Latino immigrant children in early adolescence. J Youth Adolescence [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 May 28];43(12):1994-2011. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10964-013-0061-z

47. Migration Policy Institute. The limited English proficient population in the United States [Internet]. Washington, DC: Migration Policy Institute; 2015 May 15 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.migrationpolicy.org/article/limited-english-proficient-population-united-states.

48. Steinberg EM, Valenzuela-Araujo D, Zickafoose JS, Kieffer E, DeCamp LR. The "battle" of managing language barriers in health care. Clin Pediatr [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 May 28];55(14):1318-27. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990509/

49. Bermúdez JM, Muruthi B, Zak-Hunter LM, Stinson MA, Seponski DM, Boe JL, et al. "Thank You for Including Us!"–Introducing a Community-Based Collaborative Approach to Translating Clinic Materials. J Marital Fam Ther [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 May 28];45(2):309-22. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmft.12317

50. Gonçalves M, Cook B, Mulvaney-Day N, Alegría M, Kinrys G. Retention in mental health care of Portuguese-speaking patients. Transcult Psychiatry [Internet]. 2013 Feb 20 [cited 2020 May 28];50(1):92-107. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3685501/

51. U.S. Department of Justice. Executive Order 13166 [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2019 Mar [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.justice.gov/crt/executive-order-13166

52. Pinedo M. Help seeking behaviors of Latinos with substance use disorders who perceive a need for treatment: Substance abuse versus mental health treatment services. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 May 28];109:41-5. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.11.006

53. Stahler GJ, Mennis J. Treatment outcome disparities for opioid users: Are there racial and ethnic differences in treatment completion across large US metropolitan areas? Drug Alcohol Depend [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 May 28];190:170-8. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.006

54. U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of Minority Health. National CLAS Standards [Internet]. Rockville, MD: HHS Office of Minority Health; 2018 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=2&lvlid=53.

55. The Joint Commission. A crosswalk of the national standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health and health care to The Joint Commission Hospital Accreditation Standards [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 2014 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/sitecore/media-library/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/crosswalk-_clas_-20140718pdf/

56. Diamond LC, Wilson-Stronks A, Jacobs EA. Do hospitals measure up to the national culturally and linguistically appropriate services standards? Med Care [Internet]. 2010 Dec [cited 2020 May 28]:1080-7. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/25767016

57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Medication-Assisted Treatment (MAT) [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 Sep 9 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment

58. Lundgren LM, Amodeo M, Ferguson F, Davis K. Racial and ethnic differences in drug treatment entry of injection drug users in Massachusetts. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2001 Oct [cited 2020 May 28];21(3):145-53. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00197-0

59. McClure B, Mendoza S, Duncan L, Rotrosen J, Hansen H. Effects of regulation on methadone and buprenorphine provision in the wake of Hurricane Sandy. J Urban Health [Internet]. 2014 Aug 28 [cited 2020 May 28];91(5):999-1008. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199439/

60. Stancliff S, Myers JE, Steiner S, Drucker E. Beliefs about methadone in an inner-city methadone clinic. J Urban Health [Internet]. 2002 Dec 1 [cited 2020 May 28];79(4):571-8. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1093/jurban/79.4.571

61. Stancliff S, Joseph H, Fong C, Furst T, Comer SD, Roux P. Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in New York City: the need to expand access to buprenorphine/naloxone in marginalized populations. J Addict Dis [Internet]. 2012 [cited 2020 May 28];31(3):278-87. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3620719/

62. Hadland SE, Wharam JF, Schuster MA, Zhang F, Samet JH, Larochelle MR. Trends in receipt of buprenorphine and naltrexone for opioid use disorder among adolescents and young adults, 2001-2014. JAMA Pediatr [Internet]. 2017 Jun 19 [cited 2020 May

28];171(8):747-55. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649381/

63. Lagisetty PA, Ross R, Bohnert A, Clay M, Maust DT. Buprenorphine treatment divide by race/ethnicity and payment. JAMA psychiatry [Internet]. 2019 May 8 [cited 2020 May 28];76(9):979-81. Disponible en: https://doi.org/10.1001/ jamapsychiatry.2019.0876

64. Kaiser Family Foundation. Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map [Internet]. San Francisco, CA: Kaiser Family Foundation; 2020 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/.

65. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Healthcare Quality and Disparities Reports [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2020 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://nhqrnet.ahrq.gov/inhqrdr/data/submit.

66. Variation in use of buprenorphine and methadone treatment by racial, ethnic, and income characteristics of residential social areas in New York City. J Behav Health Serv Res [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2020 May 28];40(3):367-77. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11414-013-9341-3

67. Hansen H, Siegel C, Wanderling J, DiRocco D. Buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence by income, ethnicity and race of neighborhoods in New York City. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2020 May 28];164:14-21. Disponible en: https:// doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.028

68. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Medications for opioid use disorder save lives. [internet]. Washington DC: National Academies Press; 2019 May 16 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538936/

69. Hansen H. Sociocultural factors impacting access to MAT and care delivery, new qualitative data from buprenorphine prescribers in OTPs. Am J Addiction [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2020 May 28];26(3):236. Disponible en: https://doi-org.ezproxyhhs.nihlibrary. nih.gov/10.1111/ ajad.12545

70. Saloner B, Feder KA, Krawczyk N. Closing the medication-assisted treatment gap for youth with opioid use disorder. JAMA Pediatr [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2020 May 28];171(8):729-31. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1001% 2Fjamapediatrics.2017.1269

71. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Methadone [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/ treatment/methadone

72. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Use of medication-assisted treatment for opioid use disorder in criminal justice settings [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 Jul [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://store.samhsa. gov/product/Use-of-Medication-Assisted-Treatment-for-Opioid-Use-Disorder-in-Criminal-Justice-Settings/PEP19-MATUSECJS

73. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Buprenorphine [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/ treatment/buprenorphine

74. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Naltrexone [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA [updated 2019 Nov 22; cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/medication-assisted¬treatment/treatment/naltrexone

75. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). TIP 63: Medications for opioid use disorder [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 Jun [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.store.samhsa.gov/ product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full¬Document-Including-Executive-Summary-and-Parts-1-5-/ SMA19-5063FULLDOC

76. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Naloxone [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA [updated 2019 Sep 27; cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/medication-assisted¬treatment/treatment/naloxone

77. U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General. U.S. Surgeon General's advisory on naloxone and opioid overdose [Internet]. Washington DC: HHS; 2018 Apr 5 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.surgeongeneral.gov/priorities/ opioid-overdose-prevention/naloxone-advisory.html

78. Kerensky T, Walley AY. Opioid overdose prevention and naloxone rescue kits: What we know and what we don't know. Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2017 Jan 7 [cited 2020 May 28];12(1):4. Disponible en: https://doi. org/10.1186/ s13722-016-0068-3

79. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Co-prescribing guidance for high-risk opioid overdose [Internet]. Washington DC: HHS; 2018 Dec 19 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www. hhs.gov/about/ news/2018/12/19/hhs-recommends-prescribing-or-co-prescribing-naloxone-to-patients-at-high-risk-for-an-opioid¬overdose.html

80. Larochelle MR, Bernstein R, Bernson D, Land T, Stopka TJ, Rose AJ, Bharel M, Liebschutz JM, Walley AY. Touchpoints– Opportunities to predict and prevent opioid overdose: A cohort study. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2020 May 28];204:107537. Disponible en: https:// doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.039

81. Falgas-Bague I, Wang Y, Banerjee S, Ali N, DiMarzo K, Palao Vidal DJ, et al. Predictors of Adherence to Treatment in Behavioral Health Therapy for Latino Immigrants: The Importance of Trust. Front Psychiatry [Internet]. 2019 Nov 8 [cited 2020 May 28];10:817. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00817/full?report=reader

82. Cervantes R, Goldbach J, Santos SM. Familia Adelante: A multi-risk prevention intervention for Latino families. J Prim Prev [Internet]. 2011 Aug [cited 2020 May 28];32(3-4):225. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205946/

83. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2018 National Survey on Drug Use and Health Methodological Summary and Definitions. [internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 Aug [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHMethodsSummDefs2018/NSDUHMethodsSummDefs2018.pdf

84. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Opioid overdose: Commonly used terms [Internet]. Atlanta, GA: CDC National Center for Injury Prevention and Control; 2019 Feb 12 [cited 2020 May 28]. Disponible en: https://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/terms.html

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental
Oficina de Equidad en la Salud Conductual

Las fotos son solo para fines ilustrativos.
Las personas que aparecen en las fotos son modelos.

Publicación Número PEP20-05-02-003

Publicado en 2020



La misión de SAMHSA es reducir el impacto del abuso de sustancias y las enfermedades mentales en las comunidades estadounidenses. 1-877-SAMHSA -7 (1-877-726-4727) 1-800-487-4889 (TDD) www.samhsa.gov